



**UNIVERSIDADE DO MINHO**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**  
**ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO**

**Autor: Djeila Lopes Timas N.º 2943**

**Mindelo, 2016**



**UNIVERSIDADE DO MINDELO**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E**  
**SOCIAIS**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA**  
**CLÍNICA E DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade do Mindelo como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de Licenciatura em  
Psicologia.

Discente: Djeila Lopes Timas - nº 2943

Orientadora: Denise Oliveira Centeio

**Mindelo, 2016**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família, que sempre me apoiou. Ao meu falecido pai e minha falecida avó que em vida me apoiaram e sei que aonde quer que estejam estão me apoiando.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, quero agradecer à Universidade do Mindelo pela oportunidade de fazer estágio na mesma, em seguida aproveito para agradecer a minha orientadora Dra. Denise Centeio pela orientação e pelas experiências partilhadas durante o processo de estágio.

À minha família pelo apoio demonstrado.

À professora Patricia pelos conhecimentos transmitidos nesse ultimo ano de curso.

A todos os professores que me ensinaram durante o curso (Rosa, Zilda, Mário, André, Albertino, Maria do Carmo, Zaida, Augusto, Arminda, Yelina, Dórisa, Luis Maia, José Pedro, Benvindo) e pelos conhecimentos partilhados.

À Psicóloga Djénny pelas experiências e os conselhos dados.

A todos os meus colegas que chegaram nessa etapa final e aos que não conseguiram, espero que atinjam os seus objetivos.

A todos que de uma forma ou de outra me apoiaram, agradeço de coração.

## RESUMO

O estágio é um processo de aprendizagem que permite que os alunos vivenciem experiências profissionais indispensáveis para o desenvolvimento de sua carreira. Este relatório traduz a experiência do estágio curricular que decorreu no Gabinete de Atendimento Psicológico da Universidade do Mindelo, com atividades estendidas ao Centro Santa Clara e ao Programa de Educação Pré-Escolar, sob orientação da Professora Denise Oliveira Centeio, no âmbito do 4º ano do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde ministrado pela Universidade do Mindelo. O estágio que decorreu durante um período de sete meses, com uma carga horária semanal de 15h30 ofereceu oportunidades de trabalho em *setting* terapêutico assim como trabalho comunitário. As principais atividades desenvolvidas foram: avaliação e intervenção psicológicas individuais; e atividades de promoção e educação para a saúde. Em atendimento individual foram acompanhados nove casos, dos quais três adolescentes, uma criança e cinco jovens. No entanto, neste relatório serão apresentados detalhadamente apenas dois dos casos. As principais dificuldades encontradas ao longo do estágio foram ao nível da obtenção de material de avaliação psicológica, conciliação do horário de estágio com os horários dos pacientes estudantes e cobertura das despesas dos materiais para o desenvolvimento das atividades. Tais dificuldades foram vencidas pelos ganhos obtidos.

**Palavras-chave:** Estágio, avaliação psicológica, intervenção, promoção e educação para a saúde

## ABSTRACT

The internship is a learning process that allows students to experience professional experience necessary for the development of his career. This report reflects the experience of traineeship held in Psychological Counseling Office at the University of Mindelo, with extended activities to Centro Santa Clara and the Preschool Education Program, under the guidance of teacher Denise Oliveira Centeio, in the 4th year of the degree course in clinical psychology and health taught by University of Mindelo. The internship held over a period of seven months with a weekly schedule of 15h30 offered job opportunities in the therapeutic setting as well as community work. The main activities were: individual assessment and psychological intervention; and promotion and health education activities. In individual sessions were followed nine cases, including three teens, one child and five young. However, in this report are presented in detail only two cases. The main difficulties encountered during the internship were at the level of obtaining psychological evaluation material, internship time of reconciliation with the schedules of students and patients cover the costs of materials for the development of activities. These difficulties were overcome by gains made.

**Keywords:** Internship, Psychological evaluations, Intervention, Promotion and health education.

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I - CARATERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES.....	10
História da Universidade do Mindelo.....	11
Caraterização do Gabinete de Atendimento Psicológico da Universidade do Mindelo.....	12
Caraterização do Centro de Costura e Culinária Santa Clara.....	14
Caraterização do Programa de Educação Pré-Escolar .....	14
CAPÍTULO II - INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	16
Intervenção no Gabinete de Psicologia.....	17
Intervenção no Centro de Costura e Culinária.....	20
Intervenção no PEPE.....	20
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....	22
Casuística.....	23
Justificação da escolha dos casos.....	24
Apresentação do caso I.....	24
Fundamentação Teórica.....	24
Identificação do caso.....	28
Descrição das sessões.....	29
Compreensibilidade do Caso.....	37
Hipótese Diagnóstica.....	38
Proposta de Intervenção.....	39
Apresentação do Caso II .....	40
Fundamentação Teórica.....	40
Identificação do caso.....	42
Descrição das sessões.....	43
Compreensibilidade do Caso.....	53
Hipótese Diagnóstica.....	54
Proposta de Intervenção.....	55
Reflexão pessoal.....	57



Conclusão.....	58
Referências bibliográficas .....	59

## INTRODUÇÃO

Este relatório consiste em descrever toda a dinâmica do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde realizado no Gabinete de Atendimento Psicologico da Universidade do Mindelo (GAPUM), no âmbito do 4º ano de Licenciatura em Psicologia ministrado pela Universidade do Mindelo (UM).

A estrutura curricular do curso de Licenciatura em Psicologia da UM propõe a realização de um estágio curricular supervisionado que oferece ao estudante a oportunidade de contato com o mundo laboral, no quarto e último ano do curso. O estágio permite ao estudante uma maior capacitação teórico-prática. Teórica porque as tarefas profissionais requerem uma constante atualização teórica e, prática porque os desafios que surgem no desempenho das tarefas de estágio exigem uma ação técnica, humanizada, responsável, criativa, dinâmica e ética.

O presente relatório é constituído por três capítulos: no primeiro capítulo apresenta-se uma descrição das instituições onde as atividades de estágio foram desenvolvidas; o segundo capítulo versa as intervenções e atividades realizadas ao longo dos sete meses de estágio; e no terceiro e último capítulo apresenta-se dois dos casos trabalhados no âmbito do estágio, com as respetivas fundamentações teóricas, compreensibilidades, hipóteses diagnósticas e propostas de intervenção. Ao terceiro capítulo segue a apreciação global das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio, a conclusão, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

## **CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES**

## **História da Universidade do Mindelo**

Onze de Outubro de 2002 nascia em São Vicente um empreendimento designado Instituto de Estudo Superior Isidoro da Graça (IESIG), uma instituição de ensino superior privada fruto de um ambicioso projeto da Graça Empreendimentos, SA e com a constante transformação, foi graduada como Universidade a 10 de Dezembro de 2010 (Graça, 2012).

Recebeu o nome da cidade do Mindelo, uma homenagem prestada a essa cidade e aos claridosos. Mas também pretende ser o resultado de um projeto inovador de ensino superior.

A UM é fruto do sucesso e prestígio conseguidos e uma forma de responder aos novos desafios que Cabo Verde enfrenta. Uma Universidade com poucos anos de existência mas que está a revolucionar o ensino superior em Cabo Verde, apostando nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's), com sala de aulas e laboratórios todos equipados e uma aposta fortemente em docentes com uma vasta experiência e capaz de transmitir conhecimentos já adquiridos, de modo a contribuir da melhor forma para o aproveitamento dos discentes; A UM tem uma estrutura sólida capaz de dar resposta aos principais desafios que o Ensino Superior tem vindo a exigir, com o crescimento de infraestruturas próprias e apostando num ensino superior de qualidade, inovação, tecnologias de ponta, investigação e empreendedorismo. A UM é de fato uma referência do Ensino Superior em Cabo Verde (Graça, 2012).

### **Visão:**

A UM tem por objetivo ser reconhecida como uma Universidade atual, inovadora pelas suas competências profissionais e caráter empreendedor, pela contribuição na investigação aplicada às demandas da sociedade e ao setor produtivo, e pelo impacto das suas ações de extensão desenvolvidas na sociedade Cabo-verdiana (Graça, 2012).

### **Missão:**

A Um tem como missão a implementação de um projeto que possibilite o acesso a todos os caboverdianos à educação-formação, oferecendo um ensino de qualidade, estimulando e desenvolvendo a investigação, promovendo atividades de extensão

relevantes à comunidade, contribuindo para a formação plena do Cidadão, alicerçada numa cultura empreendedora (Graça, 2012)

**Objetivos:**

- Ministrar um ensino superior em diferentes campos do saber científico e técnico;
- Educar para a vida cívica e ativa, no respeito pela ética e pelos Direitos Humanos;
- Estimular a criação cultural e o desenvolvimento do pensamento crítico e o espírito científico;
- Incentivar a pesquisa e a investigação científica fundamental e aplicada, assim como a divulgação dos seus resultados;
- Fomentar o empreendedorismo como forma de promoção de uma cultura de iniciativa empresarial;
- Promover a formação continua e a extensão cultural;
- Fomentar a associação com o tecido socioeconómico, no sentido da valorização recíproca;
- Dinamizar, no âmbito próprio, ações de cooperação internacional, especialmente com os países da CPLP e da CEDEAO;
- Realizar intercâmbios culturais, científicos e técnicos com instituições similares, nacionais e estrangeiras.

**Caraterização do Gabinete de Atendimento Psicológico da Universidade do Mindelo**

De acordo com o Regulamento de Funcionamento do Gabinete de Psicologia, este é um espaço de extensão das práticas docentes que permitirão o exercício profissional dos estudantes sob a supervisão dos professores.

Presta serviço à comunidade estudantil e à sociedade em geral (adultos e crianças) e serve também como espaço para o estágio dos estudantes recém-formados, que participarão gratuitamente no atendimento à população alvo.

O Gabinete inclui uma sala de atendimento aos adultos e crianças e uma sala de reuniões, (servindo-se também para aulas práticas, análise de casos, trabalhos de grupos, etc.).

### **Equipamentos e outros materiais de trabalho**

O Gabinete de Psicologia está concebido para a realização de treino dos estudantes em procedimentos ligados às áreas de Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Escolar e Educacional e Psicologia do Trabalho e das Organizações.

Este espaço encontra-se equipado com materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento das aulas práticas, nomeadamente:

- Material de consulta (relatórios, pastas temáticas, etc.) que se encontram nos armários correspondentes e devidamente identificados.
- Material de uso específico como maquetas específicas (sistema nervoso, cérebro, etc.) bem como outros modelos anatómicos.
- Na secção dedicada ao atendimento às crianças encontram-se brinquedos e materiais didáticos, assim como alguns materiais ludoterápicos, materiais para a realização de determinados testes, etc. Os materiais presentes no gabinete se encontram alistados num inventário. (cf. APÊNDICE I)

### **Acesso ao Gabinete de Psicologia**

A abertura do Gabinete é autorizada aos professores e alunos do curso de Psicologia, mediante prévia apresentação de documento credencial ao contínuo de turno que entregará a chave no horário de funcionamento ao docente responsável.

## **Caraterização do Centro de Costura e Culinária Santa Clara**

Segundo a responsável pelo Centro, Dona Eugénia, o centro surgiu em 1996 de uma ideia de uma Sra de nome Marcelina, residente em Chã de Alecrim, que acolhia adolescentes e jovens num quarto da sua casa e lhes ensinava a costurar e a fazer rendas, com o objetivo de lhes retirar da rua e também de lhes ensinar uma forma de se sustentar. Mas como o quarto já se encontrava muito pequeno para tanta demanda, a Dona Marcelina que tinha um terreno resolveu construir um edifício maior com apoio dos Padres Capuchinhos.

No início ofereciam formações de Costura e Culinária, mas devido aos custos essas formações foram diminuindo e hoje o centro acolhe adolescentes e jovens do sexo feminino com deficiências (Dificuldades de aprendizagem, Síndrome de Down, Deficiência mental).

Funciona no período da tarde, das 14h:30 até às 18h00, de segunda à sexta-feira, em parceria com o jardim infantil Santo António, que disponibiliza duas funcionárias e também funciona com a ajuda de algumas voluntárias. No momento apoia 15 beneficiantes.

### **Objetivos:**

- Preencher o tempo livre das adolescentes e jovens;
- Desenvolvimento da aprendizagem;
- Socialização.

## **Caraterização do Programa de Educação Pré-Escolar**

O Programa de Educação Pré-Escolar (PEPE) é um programa missionário para as igrejas locais que desejam compartilhar o amor de Deus através do desenvolvimento social, educacional e espiritual de crianças pré-escolares em áreas carentes. O PEPE é um programa socioeducativo que tem por objetivo facilitar o acesso de crianças em idade pré-escolar à educação e desenvolvimento integral.

**Objetivos:**

- Facilitar o desenvolvimento social, educacional e espiritual das crianças;
- Facilitar o acesso das crianças ao acompanhamento psicológico e odontológico;
- Oferecer refeições balanceadas de acordo a faixa etária das crianças atendidas;
- Promover um ambiente saudável para a interação social das crianças atendidas auxiliando no seu desenvolvimento cognitivo, psicossocial e físico;
- Facilitar o crescimento integral das famílias beneficiadas;
- Promover a proteção das crianças contra o trabalho infantil;
- Promover formações profissionais e em desenvolvimento humano para os pais/encarregados de educação;

Fundado pela Igreja Comunidade Evangélica de Cabo Verde juntamente com a ABCEPM (Associação Beneficiente), localizado em Horta Seca, rua de Caeta, no Departamento Infantil do Templo da Igreja.

As crianças e suas famílias recebem apoio espiritual, psicológico, odontológico e nutricional. Encarregados de Educação participam de formações profissionais e de desenvolvimento humano e são visitados sistematicamente. As crianças desenvolvem uma rotina educativa que as prepara para a entrada no Ensino Básico Integrado.

Participam de roda de conversa, brincadeiras, interação, passeios. Aprendem sobre cidadania, higiene e outros temas, além de cantar e dançar.



## **CAPÍTULO II – INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

## **Informações Gerais do Estágio no Gabinete de Psicologia**

O estágio em Psicologia Clínica e da Saúde no GAPUM oferece atendimento e apoio psicológico à comunidade estudantil e não estudantil e estende as suas atividades à comunidade.

O estágio teve início no dia 10 de Novembro de 2015 com tarefas e atividades de acordo com o plano de estágio (cf. ANEXO I) previamente determinando em conjunto com a Dra Denise Oliveira Centeio, Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias e docente na Universidade do Mindelo, responsável pela orientação e supervisão de todas as atividades levadas a cabo ao longo do processo de estágio.

**Objetivos:** Proporcionar bem-estar e melhor qualidade de vida aos académicos e à sociedade em geral.

**Horário:** Segunda-feira e sexta-feira das 8h:30 às 13h00 e sábado das 9h00 às 12h00. Devido à disponibilidade de alguns pacientes para atendimentos apenas no sábado, o estágio também passou a decorrer nesse dia.

### **Atividades realizadas:**

- O primeiro dia de estágio (10 de Novembro de 2015) foi marcado por uma reunião com a orientadora com a seguinte ordem de trabalho:
  - ✓ Apresentação do espaço e dos materiais disponíveis no gabinete;
  - ✓ Leitura do regulamento do Gabinete de Atendimento Psicológico;
  - ✓ Definição dos objetivos de estágio e determinação do plano do estágio;
  - ✓ Ajuste de expectativas face ao estágio.
  - ✓ Diversos.

- Inventário dos materiais disponíveis no Gabinete de Psicologia, no início e no fim do processo de estágio, com o objetivo de ter maior controle dos materiais disponíveis. (cf. APÊNDICE II)
- Avaliação psicológica, formulação de caso e hipótese diagnóstica;
- Intervenção psicológica;
- Participação no programa radiofônico “Família”, a convite da coordenadora do Curso de Psicologia, Mestre Rosa Pazos, onde foi abordado o tema “Síndrome de Down, um olhar da Psicologia”; 13/04/2016, Rádio Nova, 104.3 FM.
- Elaboração e distribuição de panfletos na comunidade nos dias que assinalaram o dia mundial da consciencialização do autismo (02 de Abril), o dia mundial sem tabaco (31 de Maio) e durante uma feira de saúde em Ribeira de Craquinha foi distribuído um panfleto sobre a delinquência juvenil; (cf. APÊNDICES III, IV, V)
- Atividade contra o estigma da doença mental que consistiu no desenvolvimento de uma história, conto da mesma e aplicação de algumas questões para avaliação, nas Escolas do Ensino Básico Integrado do Campinho (3 turmas: 1º, 2º e 3º A), Escola Cor de Rosa e Monte Sossego (4 turmas: 1º ao 4ºA), Escola Chã de Cemitério (4 turmas: 1º ao 4ºA) e Escola da Torrada (3 turmas: 1º ao 3ºA); (cf. APÊNDICE VI, VII)
- Palestra intitulada “À mesa com afeto” destinada aos pais das crianças da Escola do Ensino Básico do Campinho, proferida no dia 22 de Maio, para assinalar o dia da família e levar os pais a compreenderem a importância do afeto, do amor, da reunião familiar, da ordem e das regras no desenvolvimento e crescimento das crianças. Foi endereçado um convite aos pais para assistirem a palestra (cf. APÊNDICE VIII).

- Elaboração de um pôster com dados biográficos de Freud para utilizar na comemoração dos 160 anos do mesmo (cf. APÊNDICE IX). Organização e participação do evento comemorativo dos 160 anos de Freud.
- Participação na semana de Psicologia da UM, mediante apresentação do tema “Stress e Ansiedade em estudantes em situação de avaliação”. Neste âmbito, fez-se atempadamente uma pequena sondagem junto à estudantes dos cursos de enfermagem e ortóptica da UM com vista a comparar os níveis de ansiedade em três momentos distintos, sendo um dos momentos marcado pela exposição oral de trabalhos. Para isso, utilizou-se o Questionário de auto-avaliação de Charles D. Spielberger STAI Forma Y-1 para a recolha dos dados. (cf. ANEXO II) Os dados foram recolhidos dias antes de apresentação, no momento que antecedeu a apresentação e momentos depois da apresentação. Os resultados foram partilhados durante a exposição do tema.
- Apoio ao Programa de Educação Pré-Escolar;
- Apoio ao Centro de Costura e Culinária Santa Clara;

**Orientação e supervisão:** A orientação e supervisão ocorreram rigorosamente todas as segundas-feiras e sempre que necessário, servindo estas para auxiliar a estagiária a responder eficazmente às demandas e conter as angústias e os processos contra-transferenciais inesperados.

### **Intervenção no Centro de Costura e Culinária Santa Clara**

Foram desenvolvidas atividades que visaram melhorar o desempenho e a fluência das habilidades sociais das beneficiárias do Centro, principalmente ao nível do autocuidado, da comunicação expressiva e da cooperação. Eis algumas das atividades:

- ✓ Exposição de vídeos educativos e demonstrativos do autocuidado e da

comunicação expressiva.

- ✓ Prevenção do abuso sexual;
- ✓ Atividades de expressão corporal por meio de atividade física dentro do Centro e na praia da Laginha;
- ✓ Apoio psicológico.

De realçar que várias atividades planeadas para o Centro não foram concretizadas porque a concretização das mesmas dependiam da autorização da responsável do Centro, e nem sempre a autorização foi tida a tempo útil.

### **Intervenção no PEPE**

Durante o período de estágio no PEPE, foi desenvolvida as seguintes atividades:

- “Oficina” para as monitoras designada por “Mais orientação para as Monitoras” e neste âmbito foram transmitidas informações sobre o desenvolvimento psicológico da criança em idade pré-escolar, os fatores de risco e protetores do desenvolvimento da criança em idade pré-escolar, alguns problemas do foro psicológico e emocional vivenciadas por crianças nessa faixa etária de modo a que saibam lidar positivamente com tais situações. Eis alguns dos temas abordados: Desenvolvimento Psicológico Infantil de crianças em idade pré-escolar; Enurese; Fobias; Perturbação da Linguagem; Perturbação de Ansiedade de Separação; Primeiros Socorros, que foi abordado com o auxílio do colega e bombeiro Anilton. Essas atividades foram interativas de modo a serem dinâmicas e proporcionar esclarecimento de dúvidas.
- Atividades com as crianças do PEPE (Pepitos) com o objetivo de estimular o desenvolvimento e melhorar as competências sociais, assim como promover a saúde emocional e prevenir situações de risco como o abuso sexual. Todas as atividades desenvolvidas com os Pepitos foram igualmente interativas, de cariz lúdica e dinâmicas de forma a apelar o interesse e a colaboração das crianças.

- Para os pais das crianças do PEPE, foi desenvolvido e aplicado um pequeno questionário (cf. APÊNDICE X) para averiguar os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento das crianças, e nesse âmbito seria desenvolvido alguns encontros com os pais para a orientação dos mesmos com atividades que visam melhorar as competências e práticas parentais bem como o funcionamento familiar com o fim último de promover o desenvolvimento da criança, o que não foi possível devido ao fator tempo e a disponibilidade dos pais.

### **CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS CASOS**

Ao longo do período de estágio foram atendidos um total de nove casos individualmente. O quadro que se segue resume os casos acompanhados.

**Casuística:**

Iniciais	Sexo	Idade	Queixas apresentadas	Atendimento Individual/Grupo	Nº de Sessões
IC	F	14 A	Desmotivação para os estudos	Individual	4 ( <i>Drop out*</i> )
IV	F	17 A	Timidez	Individual	5 ( <i>Drop out*</i> )
NF	F	22 A	Pensamento irracionais Desmotivação para os estudos	Individual	18
AF	F	21 A	Sensível, Embotamento afetivo, Nervosa, Ansiosa, Irrita-se com facilidade	Individual	10
AC	M	32 A	Violência Domestica, Insônia, irritação, conflitos conjugais, desmotivação pessoal e laboral.	Individual	10
AD	F	19 A	Não tem vontade para sair de casa, prefere ficar em casa assistindo novelas/filmes, sente-se triste, Não sente satisfação com as coisas que a alegravam antigamente, Angustia, Fica irritada facilmente, Dificuldades em adormecer	Individual	10
YD	F	11 A	Problemas de aprendizagem	Individual	7
AF	F	14 A	Rebeldia em casa, Irritação, Desmotivação para os estudos	Individual	3 ( <i>Drop out*</i> )
MM	F	22 A	Déficit no relacionamento familiar, Desmotivação para os estudos.	Individual	6

**\*Dropout** – Abandono do processo terapêutico.

**Atendimento em grupo**

ID	Sexo	Idade	Profissão	Motivo da consulta
AD	F	21 A	Estudante UM	Ansiedade
FL	M	21 A	Estudante UM	Ansiedade
IR	F	19 A	Estudante UM	Ansiedade
DR	F	20 A	Estudante UM	Ansiedade



**Obs:** O atendimento em grupo foi pensado e organizado para responder a demanda de um grupo de estudantes de enfermagem e de ortóptica do 2º ano da UM, respetivamente, que apresentavam níveis elevados de ansiedade em situações de apresentação oral de trabalhos, comprometendo a qualidade da apresentação. Mas as sessões de grupo foram interrompidas logo numa fase inicial do processo devido à sobrecarga do horário académico, tendo posteriormente trabalhado com apenas um elemento em atendimento individual aos sábados de manhã.

## **Justificação da escolha dos casos**

A escolha do primeiro caso foi fácil. Isto porque foi um caso interessante de trabalhar e de se discutir, através do qual, aprendi muito e pelo qual dediquei muito também. Neste caso o vínculo terapêutico foi estabelecido de forma muito positiva, facilitando assim o processo terapêutico.

O segundo caso, foi escolhido devido à sua complexidade, e por se tratar do meu primeiro caso com uma criança.

## **Apresentação do Caso I**

### **Fundamentação Teórica**

#### **Depressão**

A afetividade é um setor fundamental de toda a vida psicológica humana. As emoções e os sentimentos são o regente primordial da ação do Homem, desenrolando-se num duplo plano: externamente, sendo muitas vezes observáveis e traduzindo-se em comportamentos; internamente, assumindo também um vivenciar muito próprio, influenciando todo o mundo psicológico do indivíduo (Meireles e Cameirão, 2005).

O termo Depressão pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, pode significar uma síndrome traduzida

por muitos e variáveis sintomas somáticos ou ainda, pode significar uma doença caracterizada por marcantes alterações afetivas (Cass, 1999).

## **Modelos Teóricos da Depressão**

### **O Modelo de Beck**

Na terapia cognitiva de Beck (cit por Ros, 2010), a depressão mantém-se através da presença de esquemas desadaptativos “protegidos” ou fortalecidos por alterações cognitivas no modo de processar a informação, provocados, por sua vez pela ação de tais esquemas. Os conteúdos destes esquemas expressam-se através de um tipo especial de pensamento, denominado de pensamento automático. Determinadas atitudes disfuncionais poderiam estar a refletir estes esquemas ou supostos básicos.

### **O Modelo de Ellis**

O Modelo de Ellis (cit por Ros, 2010) afirma que “sentimos de acordo com o que pensamos”, assim as nossas perturbações emocionais têm como causa principal o modo irracional e absolutista de pensar. Por este motivo, o modelo dos transtornos afetivos não difere essencialmente do proposto para qualquer outro transtorno emocional. No entanto, em 1987, Ellis realçou o papel crucial, que “cognitiva e filosoficamente” jogam os “deveria dogmáticos, absolutistas, os necessito e os tenho de...” para distinguir sujeitos que ficam deprimidos dos sujeitos que apenas ficam frustrados ou experimentam desagrado perante os acontecimentos negativos.

### **Modelo de Autocontrolo de Rehm**

O modelo de Rehm (cit por Ros, 2010) postula que a depressão é o resultado da presença de seis défices nas três fases do processo de autocontrolo:

- i. Na fase de observação, o sujeito depressivo atende de forma seletiva aos acontecimentos negativos e às consequências imediatas em lugar das demoradas;

- ii. Na fase de auto-avaliação, o sujeito apresenta critérios muito estritos para definir o sucesso e realiza atribuições inexatas de responsabilidade.
- iii. Na fase de auto-reforço, apresenta um déficit de auto-reforço e um excesso de auto-castigo.

### **Modelo de Depressão de Lewinsonh**

Numa primeira formulação do modelo em 1974, Lewinsonh postulava que a depressão era o resultado de uma redução na taxa de reforços. Posteriormente, em 1985, Lewinsonh et al. (cit por Ros, 2010), tentaram propor um modelo integrador onde os fatores cognitivos e situacionais interagem de forma complexa. Ao modelo clássico acrescentaram os dados provenientes dos estudos de resultados, epidemiológicos e outros da psicologia social relativos ao fenómeno da autoconsciência. Os fatores de imunidade e de vulnerabilidade integram-se também neste modelo, sendo assim a etiologia da depressão é multifatorial. Neste modelo nenhuma causa parece essencial para o desencadear da depressão, sendo um conjunto de fatores os que podem explicar o seu aparecimento. No entanto, a disforia joga um papel central e considera-se necessário para provocar mudanças no processamento da informação, na autoconsciência, e no comportamento social do sujeito.

### **Episódio Depressivo *Major***

A característica essencial de um Episódio Depressivo *Major* é um humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades por um período de pelo menos duas semanas. Em crianças e adolescentes, especificamente, o humor pode ser irritável em vez de triste. Este episódio é acompanhado de alguns sintomas, entre os quais é necessário que o sujeito experencie quatro para o diagnóstico poder ser efetuado. São eles: alterações no apetite ou no peso; sono (insónia ou hipersónia), diminuição da atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte; tentativas ou ideação suicida (Meireles e Cameirão, 2005).

### **Episódio Depressivo *Major* DSM – IV – TR**

Segundo o DSM – IV – TR são critérios de diagnósticos para Episódio Depressivo *Major*:

- A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou do interesse:
- (1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso);
  - (2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela descrição de outros);
  - (3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
  - (4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
  - (5) Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lento);
  - (6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
  - (7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);
  - (8) Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato, ou pela observação de outros);
  - (9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.

- C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.
- D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

### **Identificação do caso I «AD»**

**Nome:** A.D.

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 20 anos

**Data de Nascimento:** 21/03/1996

**Escolaridade:** Estuda o 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na UM

**Residência:** Chã de Marinha

**Pai:** A.F.R., 47 anos

**Profissão:** Comerciante

**Mãe:** R.D.C., 44 anos

**Profissão:** Ajudante de cozinha em hotel (emigrante)

### **Motivo da consulta**

Angustia, tristeza profunda. AD procurou pelos serviços do gabinete visto que já não se sentia bem com a situação que estava vivenciando.

### **Descrição das sessões**

#### **Primeira Sessão (Segunda-feira, 26/01/2016, 11h00 – 11h50)**

Na primeira sessão AD chegou ao gabinete perguntando se poderia marcar uma consulta, dizendo-a que sim e aproveitando que estava livre nesse horário, fez-se uma sessão com AD. Fez-se a apresentação da estagiária e pediu-se a AD que apresentasse e dissesse o motivo que a levou a procurar os serviços do gabinete. Procurou os serviços do Gabinete de Atendimento Psicológico da UM, porque já não aguentava mais a angustia que sentia e também a pressão em relação à irmã mais nova (15 anos), que ela cuida porque a mãe emigrou e foram morar sozinhas, disse que a irmã já não lhe obedece.

AD diz não gostar também da personalidade do seu Padrasto, por ele ser muito rude e não respeitar a mãe dela (chora ao falar do padrasto e da mãe). Quando AD estava falando começou a chorar porque disse que já não aguentava a pressão. Enquanto AD chorava foi-lhe dito para se sentir à vontade para expressar. Deu-se-lhe um tempo para se recompor. Nessa sessão também foi abordada a questão da disponibilidade para as consultas (horário, dia da semana, faltas). E assim foi assinado o contrato terapêutico.

No primeiro encontro, AD entrou no Gabinete com um ar triste e manteve-se assim ao longo da entrevista e com alguma ansiedade (mexia com as mãos e retirava as lentes frequentemente). Não mantinha contato ocular, parecia estar com medo.

Esteve colaborante durante a entrevista. Terminou-se a sessão, dizendo a AD que em conjunto iria-se encontrar uma solução para a situação que vivenciava no momento.

### **História familiar**

#### **Mãe:**

É emigrante. Viajou quando AD tinha 12 anos. Sustenta as duas filhas (AD e sua irmã mais nova). Vive numa relação conjugal. Normalmente vem visitar as filhas uma vez por ano. A paciente descreve a relação com a mãe como uma relação saudável. “Eu e a minha mãe nos damos super bem.” AD relata que o contato com a mãe por telefone e internet é frequente (quase todos os dias).

#### **Pai:**

Vive em Mindelo.

AD viveu três anos com o pai, depois que a mãe emigrou. Mas como a relação era muito fria e distante, AD pediu a mãe para sair da casa do pai e ir viver só com a irmã. Depois que saiu da casa do pai a relação tornou-se ainda mais pobre afetivamente. “Eu passo, as vezes, mais de um mês sem visitá-lo e se eu não for visitá-lo ele não vem nos ver.” Relata também que o pai não as ajuda financeiramente.

#### **Irmãos:**

Tem duas irmãs (uma por parte da mãe e outra por parte do pai, de 15 e 25 anos, respetivamente) e um irmão (por parte do pai com 23 anos). AD diz ter uma relação de harmonia com os irmãos por parte de pai, e são muito unidos. Em relação à irmã mais nova, diz que ultimamente têm tido muitos conflitos, visto que a irmã já não a respeita.

As relações familiares que AD mantém com os membros da família estão ilustradas no genograma (cf. APÊNDICE XI).

#### **Estatuto socioeconómico:**

AD pertence a uma família de estatuto socioeconómico médio baixo.

**Antecedentes pessoais:**

No que se refere à gravidez, a paciente relata que a sua concepção foi acidental, mas não perturbou a vida dos pais, nasceu de parto normal. Em relação ao seu desenvolvimento infantil pouco ou nada sabe ou lembra.

**História Médica:**

Alergia a pó e erro refrativo (usa lentes de correção ótica).

**Observação clínica:**

**Aspeto, atitude, atividade:** Trata-se de uma jovem sem qualquer anomalia física, bem trajada, roupas e unhas limpas, não emite nenhum odor oral ou corporal, usa lentes de correção ótica. Idade aparente coincidente a idade real, caboverdiana, cabelos pretos. Permaneceu colaborante durante a entrevista, o contato ocular é um pouco limitado, visto que mantinha os olhos baixos.

**Humor:** O humor é moderadamente depressivo, revelando anedonia.

**Discurso e linguagem:** O discurso é fluente e gramatical, coerente.

**Conteúdo, processo do pensamento e percepção:** Conteúdo centrado na dificuldade do relacionamento que tem com a irmã adolescente, e no sentimento de angústia. Ausência de ideação suicida.

**Memória:** Sem alterações.

**Atenção:** Intacta

**Consciência:** Lúcida

**Orientação:** Orientada auto e alo psiquicamente no tempo e no espaço.



**Alterações da vida instintiva:** Alteração do sono (acorda de madrugada e não consegue dormir mais).

**Segunda Sessão (Sexta-feira, 05/02/2016, 11h00 – 11h50)**

Nessa sessão, AD entrou no gabinete com um ar triste e desmotivada, cumprimentou e sentou debruçando-se sobre a mesa. Dizia ela que não tinha vontade de fazer nada. Nessa sessão continuou-se a recolha de informações sobre AD.

AD foi questionada sobre o seu dia-a-dia, ela respondeu que quando não tem estágio levanta tarde porque prefere ficar no escuro do seu quarto. Questionada sobre a sua vida social, respondeu que perdeu o interesse que tinha em sair de casa e de estar com os amigos, raramente ela sai para se divertir, dizendo que prefere manter-se em casa, ver novelas ou filmes.

AD disse que tem namorado mas que ele também é bastante caseiro. Disse que ela e o namorado já têm três anos juntos, e que antes dela o ter conhecido era muito sociável, gostava de sair para as “paródias” com os amigos, frequentava discotecas, fazia travessuras com as amigas, mas agora já não faz mais isso dizendo sempre que prefere ficar em casa.

AD também falou do pai, relatou que passa muito tempo sem o ver (mais de um mês), e que não tem uma relação próxima com ele. Disse que morou um tempo com ele mas conversava mais com o avô do que com o pai. A mãe emigrou quando ela tinha doze anos e foi nessa época que foi morar com o pai. Depois que ela completou quinze anos a mãe decidiu alugar uma casa para ela e a irmã morarem. Desde então ela cuida da irmã sozinha, falou que antes a sua irmã lhe obedecia mas agora tornou uma adolescente rebelde, não a respeita e nem a obedece, diz que já está cansada e que já não sabe o que fazer com a irmã.

Foi dito a AD que a adolescência é uma fase em que pode aparecer alguns conflitos, e que a sua irmã pode estar passando por eles e que para ajudar a sua irmã deveria tentar

entende-la, procurar saber se ela precis de algum apoio através de uma conversa entre irmãs.

Procurou-se saber se a angustia que AD sentia, a afetou nos seus estudos, ela respondeu que não, sempre tirou boas notas. Terminou-se a sessão desejando-lhe uma boa semana e que ficaria a aguarda-la na próxima semana.

### **Terceira Sessão (Sexta-feira, 19/02/2016, 11h20 – 11h50)**

AD chegou no gabinete vinte minutos atrasada, pediu desculpas pelo atraso justificando que o autocarro demorou a passar na sua zona. Foi-lhe explicado que não poderia passar do tempo estipulado para a sessão (50 minutos) porque teria outro paciente à espera e foi-lhe recomendado que tentasse chegar na hora estipulada para poder cumprir as tarefas.

Nessa sessão foi explicado a AD que ela iria preencher um inventário para descrever a forma como ela se sentia naquele dia (Inventário de Depressão de Beck). Respondeu que faria o inventario e iniciou o seu preenchimento. Enquanto preenchia o inventário não manifestou nenhuma dúvida. Visto que AD chegou atrasada nessa sessão, foi feito apenas o Inventário de Depressão de Beck.

### **Quarta Sessão (Sexta-feira, 04/03/2016, 11h00 – 11h50)**

Na quarta sessão AD chegou com um ar mais alegre, cumprimentou e se sentou. Foi questionada como foi a semana, respondeu que correu da mesma forma que as outras mas que estava animada porque iria iniciar o estágio na maternidade do Hospital Baptista de Sousa, sendo a área que pretende seguir. Disse que gosta de ver as mães dando à luz.

Nessa sessão foi feita a devolução do resultado do Inventário de Depressão de Beck e foi-lhe explicado que o resultado do Inventário por si só não bastaria para formular o diagnóstico mas que apontava para uma Depressão Moderada. AD reagiu naturalmente. Foi questionada sobre como se sentia naquele dia, respondeu que da mesma forma que os

outros. Disse que tinha discutido com o namorado porque lhe enviaram fotos de mensagens que o seu namorado tinha enviado para outra mulher. Disse que não queria mais ficar com ele e que preferia ficar sozinha. Também falou que tinha conversado com a mãe sobre o seu namorado mas ela como gosta muito do seu namorado lhe pediu para lhe dar mais uma chance, mas ela não queria porque já não confiava mais nele. Disse que ia terminar o namoro. Foi dito a AD que cabia a ela tomar essa decisão, e que devia pensar no que seria melhor para ela e também que seria melhor tomar alguma decisão de forma racional.

Aconselhou-se a AD que se engajasse em atividades prazerosas, que saísse de casa para se divertir (com os amigos e os irmãos) ou que procurasse algum desporto de que gostasse para praticar. AD disse que queria ir para um ginásio mas que não tinha com quem ir, dizendo a ela, que normalmente os ginásios têm *personal trainer*, ela ficou bastante motivada e disse que iria se inscrever no ginásio. Dessa forma terminou-se a sessão.

#### **Quinta Sessão (Sexta-feira, 11/03/2016, 11h00 – 11h50)**

Nessa sessão, AD entrou no gabinete, muito angustiada. Disse que tentou terminar o namoro, mas o namorado não aceitou e começou a lhe perseguir. Quase todos os dias quando regressa das aulas encontra o namorado à sua porta esperando para lhe implorar para continuarem o namoro. AD disse que não confia mais nele e que já não quer mais ter uma relação com ele. Aconselhou-se a AD para conversar com o namorado de forma civilizada e explicar o motivo do término do namoro, mostrar ao namorado o que lhes impede de permanecerem juntos. E no caso de o namorado continuar a persegui-la, para procurar ajuda dos familiares ou até mesmo da polícia. AD disse que iria conversar com ele para tentarem esclarecer a situação.

Nessa sessão AD pediu para sair mais cedo, visto que estava ocupar-se de alguns documentos para enviar à mãe.

#### **Sexta Sessão (Sexta-feira, 18/03/2016, 11h00 – 11h50)**

Nessa sessão foi aplicado o Teste de Apercepção Temática, em que AD deveria construir uma história para diferentes cartões. No início AD não demonstrou muito interesse, disse que estava sem vontade para fazer o teste, dito a AD que seria bom para ela que fizesse o teste, que seria muito interessante e também seria uma forma de chegar a um possível diagnóstico, ela aceitou.

Iniciou-se com as instruções. Foi apresentado o primeiro cartão a AD, quando ela viu o cartão, ficou alguns segundos em silêncio, depois questionou se tinha mesmo que fazer aquilo. Foi dito a AD que seria um caminho para chegar a solução do seu problema, dito isto ela começou a fazer o teste.

No final da sessão, aconselhou-se a AD a prática de exercícios físicos e explicou-se-lhe que a atividade física ajuda no equilíbrio do humor, além de ser de extrema importância para a saúde física.

### **Inventário de Depressão de Beck**

Dentre as escalas de auto-avaliação mais reconhecidas, em função dos seus elevados níveis de fidedignidade e validade, e mais utilizadas no mundo, encontra-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este foi originalmente desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), primeiramente para o uso em pacientes psiquiátricos. Posteriormente, através de extensas pesquisas sobre suas propriedades psicométricas, foi ampliado para uso em clínicas e em pesquisas, de modo que passou a ser considerado um dos melhores instrumentos para medir sintomas de depressão, mostrando-se também muito eficaz para o uso na população em geral. Em 1979, o instrumento original foi revisto e publicado como BDI-IA. (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997; Beck e Steer, 1993<sup>a</sup>, cit por Paranhos, 2009) (cf. ANEXO III)

Trata-se de uma medida sintomática de depressão composta por 21 itens descritivos de atitudes e sintomas com *scores* variando entre 0 e 3, correspondentes a níveis de gravidade crescente. A soma dos *scores* dos itens fornece um score total, que corresponde à

intensidade da depressão mensurada a partir de um gradiente de gravidade, variando entre os níveis mínimo (0-9), leve (10-18), moderado (19-29) e grave (30-63) (Paranhos, 2009).

### **Resultado do Inventário de Depressão de Beck**

AD apresenta um score total de 24 pontos o que representa uma Depressão Moderada.

### **Teste de Apercepção Temática (TAT)**

A História representa o funcionamento do indivíduo em situações geradoras de conflito. Evoca a problemática nas relações objetais (Colaço, 2006).

Definição – Modo de relação do sujeito com o seu mundo interno e externo, principalmente com os objectos que lhe são significativos. O tipo de relação com o objecto dominante resulta da organização da personalidade do sujeito, do tipo de representação fantasmática dos objectos e dos mecanismos de defesas desencadeadas para lidar com esses objectos (Colaço, 2006).

Cartões utilizados: 1, 2, 3, 4, 5, 6 GF, 7 GF, 8 BM, 11, 12 BG, e 16.

### **Resultado do Teste de Apercepção Temática (TAT)**

Ambiente das histórias: casa (a maior parte das histórias contadas acontecem no contexto caseiro, exceto em três situações em que duas dessas ela se encontra em Santo Antônio e uma na sala de aula).

As histórias apresentam apenas um herói, muitas vezes esse herói é ela mesma, visto que ela conta histórias dela.

Apresenta algumas necessidades como: necessidade de inteligência visto que refere muito ao ambiente acadêmico; necessidade de sensações mais agradáveis, referindo a férias e lugares calmos; necessidade de evitar o sofrimento, tem condutas anti-sociais; demonstra conflitos nas suas relações heterossexuais (traição, ciúmes); pobre relação afetiva com o pai. (cf. ANEXO IV)

### **Compreensibilidade do Caso**

Com base nas informações recolhidas durante as sessões com AD, foi possível constatar que a paciente encontra-se em sofrimento psíquico, devido a vários fatores como: a separação da mãe na adolescência, fase de desenvolvimento muito importante em que necessita-se muito da figura materna para ajudar a compreender o processo da adolescência, as mudanças que surgem nessa fase, que no caso não aconteceu com AD e também, ao ficar com a responsabilidade de cuidar da irmã, que no momento está na fase da adolescência, AD provavelmente não consegue lidar com sua irmã porque não compreendeu essa fase aquando da sua adolescência, com isso AD sente-se inútil perante o comportamento da irmã, tendo sentimentos de auto-culpabilização.

Também a ausência da figura materna e o *déficit* no relacionamento com o pai contribuíram para o sofrimento e isolamento desta. AD viu-se privada da sua juventude (não sai de casa para conviver com os amigos, ir à festas, para não deixar a irmã sozinha). Tudo isto desencadeou um processo de culpabilização e desvalorização por parte de AD.

A relação com o namorado contribui para esse processo. Descobriu que estava sendo traída, o que contribui para aumentar o seu sofrimento, visto que ela sente-se desvalorizada ao ser “trocada” por outra. Acabou por desenvolver apatia pelas pessoas, refugiando-se no escuro do seu quarto.

De acordo com o inventário aplicado (Inventário de Depressão de Beck), com o Teste de Apercepção Temática e com as entrevistas levantou-se a hipótese diagnóstica de Perturbação Depressiva *Major*, visto que AD apresenta sintomas como: humor depressivo;

perda de interesse em quase todas as atividades; irritação; sentimento de desânimo; insônia; ausência de interesse sexual, etc.

### **Hipótese Diagnóstica:**

Como possível diagnóstico aponto para um quadro de Perturbações do Humor, mais especificamente Perturbação Depressiva *Major*.

### **Avaliação Multiaxial do DSM-IV:**

Eixo I	296.2x	Perturbação Depressiva <i>Major</i> , Unico, Moderado   F33.2
Eixo II	V71.09	Sem Diagnóstico
Eixo III		Nenhum
Eixo IV		Viver com a irmã mais nova (adolescente); Desavença com o namorado
Eixo V	AGF=40	(atual: 18/03/2016)

### **Formulação Integrativa do Caso «AD »**

**Problema:** Perturbação Depressiva *Major*

**Sintomas afetivos:** Humor deprimido, irritação, sentimento de desânimo, associadas à uma perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades que antes constituíam experiências agradáveis para AD.

**Sintomas cognitivos:** Pensamentos de auto-culpabilização e de auto-desvalorização.

**Sintomas Comportamentais:** Isolamento social e apatia.

**Sintomas Físicos:** Perda de apetite e Insônia no meio da noite.

**Fatores Precipitantes:** Separação da mãe (mãe emigrante) e desempenho precoce do papel de mãe.

**Fatores Predisponentes:** Dificuldade para lidar com a irmã adolescente.

**Fatores Perpetuadores:** Traição do namorado.

**Coping:** Isolamento Social.

### **Proposta de Intervenção «AD»**

A **Psicoterapia Psicodinâmica** visto que ajuda a paciente a implementar recursos necessários para enfrentar, assimilar e adaptar-se as dificuldades e circunstâncias psicossociais, fazendo com que a paciente alcance níveis mais elevados de elaboração a respeito de si mesmo e dos seus sintomas. No entanto, na impossibilidade de levar a cabo tais modalidades psicoterapêuticas propõe-se **Psicoterapia de apoio** visto que esta modalidade faz recurso à uma abordagem eclética, ou seja usa técnicas de todas as modalidades terapêuticas, conforme as necessidades do paciente.

### **Plano de Intervenção:**

Sessões	Técnicas	Objetivos
1ª Sessão	-Entrevista clínica - Observação clínica	-Primeiro Contato Psicóloga/Paciente -Estabelecimento da relação terapêutica -Contrato psicoterapêutico - Ajuste de expectativas - Recolha dos dados da anamnese
2ª Sessão	- Catarse -Psicoeducação	-Continuação da recolha dos dados da anamnese; -Fase educativa (transmitir informações sobre a Depressão).



3ª e 4ª Sessão	-Reestruturação cognitiva	-Identificação e modificação dos pensamentos automáticos negativos.
5ª Sessão	-Imaginação Guiada -Relaxamento progressivo de Jacobson -Sugestão -Aconselhamento	- Relaxamento - Praticar exercícios físicos
6ª Sessão	-Curtograma	-Autoconhecimento e organização
7ª Sessão	-Diário de actividades	-Programação de atividades diárias
8ª Sessão	-Diálogo	-Avaliação da eficácia e do prazer obtido nas atividades planeadas na 7ª sessão.
9ª Sessão	-Role playing	-Treino de competências sociais -Desmame
10ª Sessão	-Escala 0-10	- Avaliação das sessões -Finalização do processo terapêutico.

## **Apresentação do Caso II**

### **Fundamentação Teórica**

#### **Dificuldades de aprendizagem**

As dificuldades de aprendizagem específicas dizem respeito à forma como um indivíduo processa a informação – a recebe, a integra, a retém e a exprime – tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações. As dificuldades de aprendizagem específicas podem, assim, manifestar-se nas áreas da fala, da leitura, da escrita, da matemática e/ou meta-cognitivos. Estas dificuldades, que não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, embora exista a possibilidade de estes ocorrerem em concomitância com elas, podem, ainda, alterar o modo como o indivíduo interage com o meio envolvente (Correia, cit por Coelho, 2012).

## **A Família, o Desenvolvimento e o Desempenho Escolar**

A família é o primeiro vínculo social ao qual a criança está ligada, e é por meio dela que adquirimos a linguagem, os costumes e práticas sociais. É através da família que se desenvolvem os primeiros laços afetivos, indispensáveis para o desenvolvimento integral de uma criança. Esses laços, construídos desde o nascimento, serão certamente determinantes, e acompanharão o indivíduo por toda sua vida (Da Silva e Rapoport, 2013).

Famílias desestruturadas, onde as crianças ficam expostas desde cedo a situações de violência, vícios, falta de zelo com os filhos e conflitos frequentes entre os adultos podem ser causadoras de traumas, que irão refletir na socialização, no comportamento e no desempenho escolar desses indivíduos. Pais muito rígidos, que se utilizam de práticas punitivas e agressões na educação de seus filhos, unidos a um ambiente social vulnerável, onde os índices de criminalidade são altos, contribuem para o surgimento de características agressivas nessas crianças em ambientes como a escola e no convívio com seus pares (Da Silva e Rapoport, 2013).

O incentivo dos pais e a importância que estes direcionam à escola são influenciadores e determinarão o comprometimento da criança com a educação. Pais que acompanham seus filhos, que se preocupam com seu desempenho e disponibilizam algum tempo para, junto com as crianças, verificar as atividades da escola aumentam as chances de seus filhos obterem um bom desempenho, pois estes estarão sendo positivamente influenciados a preocupar-se com a própria. O bom relacionamento com os pais ou cuidadores também pode ser um fator importante no interesse e na preocupação da criança em realizar as tarefas da escola, observam (D'avila-Bacarji, Marturano e Elias, cit por Da Silva e Rapoport, 2013)

## **Ansiedade**

As respostas do organismo à interferência, à frustração e a outras formas de estímulos ameaçadores dependem da maneira pela qual o organismo percebe a situação, o que depende, por sua vez, da experiência adquirida, ou seja, do que ele aprendeu” (Lindgren e Byrne, cit por Tavares, 2005).

O medo pode ser caracterizado como uma emoção intensa provocada por uma situação ameaçadora, percebida como imediata e potencialmente esmagadora. A ansiedade, por sua vez, costuma ser mais difusa, mais vaga e, usualmente, de menor intensidade. Geralmente a ansiedade é desencadeada pela ambigüidade, por situações cujo significado não é claro, onde se torna compreensível o porquê de os conflitos não resolvidos darem origem a um alto grau de ansiedade. Não podemos controlar todas as variáveis. Por essa razão, estamos sempre um pouco incertos e ansiosos a esse respeito (Lindgren e Byrne, cit por Tavares, 2005).

O comportamento movido pela ansiedade é, até certo ponto, irracional. Como a situação ameaçadora é por característica ambígua, costumamos ter dificuldades em saber exatamente a que reagir, ou como fazer para resolver o “problema” (Lindgren e Byrne, cit por Tavares, 2005). Nesse sentido, os estados ansiosos são considerados contraindicações para a resolução de problemas e para outras formas de aprendizagem de carácter “intelectual” (Tavares, 2005).

## **Identificação do caso II «YD»**

**Nome:** Y. S. W.D.

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 11 anos

**Data de Nascimento:** 16/11/2004

**Escolaridade:** Estuda o 6º ano do Ensino Básico.

**Escola:** Aurélio Gonçalves

**Residência:** Chã de Alecrim

**Pai:** C.J.M.D., 49 anos

**Profissão:** Ajudante de Cozinha

**Mãe:** M.C.M.W., 48 anos

**Profissão:** Doméstica

**Motivo da consulta:** Baixo rendimento escolar, dificuldades de concentração. YD Chegou na consulta acompanhada pela prima. A prima sublinhou que YD é uma criança muito quieta, não explora os ambientes em que se encontra, tímida e ainda ressaltou a falta de estimulação por parte dos irmãos com quem ela vive.

## **Descrição das sessões**

### **Primeira sessão (Segunda-feira, 23/05/2016, 9h00 – 9h 50)**

Na primeira sessão, YD chegou acompanhada pela prima quem já tinha feito a marcação da consulta. Entraram no gabinete, cumprimentaram-se e foi feita uma breve apresentação. YD manteve sempre quieta, enquanto conversava com a prima para saber o motivo da consulta. A prima disse que há algum tempo que ela estava para procurar ajuda para YD, porque tem observado que ela não estava tendo um desenvolvimento normal como outras crianças da sua idade. Disse que YD é uma criança que não tem curiosidade

para saber das coisas, é uma criança muito passiva, e não estava tendo um bom desempenho na escola e com isso os irmãos a humilhava chamando-a de burra.

Explicou-se o funcionamento das sessões, o horário e o dia da semana no qual seria possível marcarem as consultas. Depois começou-se por interagir com YD, perguntando como é que estava; Se sabia o motivo dela estar ali, respondeu que estava bem e que sabia que estava porque estava tirando notas baixas na escola. Questionou-se-lhe também se concordava com o que a prima tinha dito.

Durante a entrevista perguntou-se a YD se ela queria conversar com a psicóloga sozinha ou na companhia da prima, ela preferiu ficar sozinha. Questionou-se a reação dos irmãos quando ela tira notas baixas, respondeu que eles brigam com ela, e nesse momento YD respondeu a questão chorando, disse que fica com medo dos irmãos e até já escondeu uma prova dos irmãos por medo. Foi dito a YD que podia dizer qualquer coisa porque tudo o que ela iria contar ninguém iria saber.

Nesse dia foi pedido a YD que fizesse um desenho livre. Ela desenhou três pessoas, onde identificou uma como sendo a sua mãe, outra como ela e uma outra como o seu pai. No final da sessão foi perguntado a YD se ela queria voltar ao gabinete noutro dia respondeu que sim. Chamou-se a prima para entrar no gabinete e foi combinado um outro encontro na próxima semana.

### **História familiar**

#### **Mãe:**

A mãe vive em Santo Antão, tem sete filhos (3 meninas e 4 rapazes). Não trabalha, vive numa relação conjugal com o pai dos dois filhos mais novos. Descreve que a relação com a mãe é boa e que sente muitas saudades dela e que gostaria de voltar a viver com ela. Mantém contato frequente com a mãe.

**Pai:**

Ausente desde o nascimento de YD, vive na ilha do Sal, onde trabalha como ajudante de cozinha em um Hotel (não especificado por YD).

Diz não ter muito contato com o pai, mas relata que gostaria de ir passar as férias com ele. Há mais de três anos que não vê o pai.

**Irmãos:**

YD tem duas irmãs e quatro irmãos (as duas irmãs são as mais velhas e ainda tem mais dois irmãos mais velhos do que ela, e dois irmãos mais novos). Os dois irmãos mais novos vivem com a mãe em Santo Antão, e por isso apenas os vê nas férias quando ela vai para Santo Antão. Vive com os restantes irmãos, sendo a irmã mais velha a responsável por YD.

YD diz ter um irmão que a ajuda a estudar. Diz não passar muito tempo com os outros, visto que trabalham. Quando estão em casa, poucas vezes conversam com ela, a não ser para brigar por causa das notas. YD disse que muitas vezes eles estão assistindo TV eles a pedem para sair e ir sentar sozinha no quarto. As relações familiares que YD mantém com os membros da família estão ilustradas no genograma (cf. APÊNDICE XII).

**Outros membros da família:**

A prima materna que acompanhou YD na primeira consulta tem 25 anos, é estudante. Não vive na mesma casa que YD mas relata que normalmente YD passa os finais de semana com ela.

**Estatuto socioeconómico:**

YD pertence a uma família de estatuto socioeconómico baixo.

**Antecedentes pessoais**

Segundo a irmã, a gravidez de YD não foi planeada, mas quando a mãe soube que estava grávida tinha preferência por uma menina. A mãe não teve assistência durante a gravidez e o parto não foi assistido, YD nasceu em casa. Quando pequena foi alimentada com leite materno, e desde pequena come bem.

YD costuma roer as unhas, o que foi considerado como um comportamento anormal. Tem problemas de linguagem- a gaguez. YD tem o costume de brincar sozinha e prefere brincar com a sua boneca. Tem amigos apenas na escola e têm a mesma idade que ela (11 anos), YD é uma criança tímida, e relatou ter medo de cães. YD frequentou o jardim-de-infância quando tinha 4 anos, não teve problemas de adaptação, mas teve que sair do jardim pois a mãe estava passando por dificuldades financeiras. Até essa idade esteve ao cuidado da mãe. Entrou na escola aos 6 anos. YD é uma criança que gosta de estudar mas brinca muito na hora de estudar. Nunca repetiu de ano e como disciplinas favoritas refere Ciências Sociais e Língua Portuguesa, e menos favorita: Matemática. YD recebia ajuda nos estudos mas teve que parar devido à disponibilidade da pessoa, durante o ano letivo houve uma mudança de professor.

Gosta de contos infantis.

YD está sob o cuidado das irmãs mais velhas desde os 9 anos de idade, que despendem uma hora por dia em atividades conjuntas com YD, utilizam punições verbais na educação. A irmã mais velha disse que os pais de YD mostram-se de acordo com as atitudes educativas, a única preocupação atual delas é o desempenho de YD na escola.

#### **Historial Médico:**

Erro refrativo (usa lentes de correção ótica).

#### **Observação clínica:**

**Aspeto, atitude, atividade:** Trata-se de uma criança sem qualquer anomalia física, bem trajada, roupas limpas e unhas roídas mas limpas, não emite nenhum odor oral ou corporal. Idade aparente coincidente à idade real, caboverdiana, cabelos longos e pretos. Permaneceu colaborante durante a entrevista, mantendo sempre o contato ocular.

**Humor:** O humor é eufímico.

**Discurso e linguagem:** O discurso é fluente, gramatical e coerente.

**Conteúdo, processo do pensamento e percepção:** Conteúdo centrado no fraco desempenho escolar.

**Memória:** Sem alterações.

**Atenção:** Intacta

**Consciência:** Lúcida

**Orientação:** Orientada auto e alo psiquicamente no tempo e no espaço.

### **Segunda Sessão (Segunda-feira, 30/05/2016, 9h00 – 9h50)**

Na segunda sessão, YD veio acompanhada da irmã mais velha. Nessa sessão foi feita a anamnese da criança visto que a irmã era a pessoa mais próxima de YD e a responsável por ela. Enquanto se fazia a anamnese, foi dito a YD que ela poderia estar à vontade para brincar com os brinquedos disponíveis no gabinete e também poderia ler os livros de contos infantis que ali se encontravam. YD preferiu ler um livro de conto infantil enquanto se fazia a entrevista com a irmã. Nessa sessão foi explicado à irmã as modalidades do processo terapêutico.

### **Terceira sessão (Segunda-feira, 06/06/2016, 9h00 – 9h50)**

Nessa sessão, YD veio acompanhada da prima, que ficou fora do gabinete a esperá-la. Questionado a YD como ela estava se sentindo, respondeu que se sentia bem, também foi questionada como foi a semana de aulas, respondeu que correu bem, que tinha feito uma ficha na disciplina de matemática, questionada como correu, disse que não estava muito preparada para a ficha mas acha que terá uma boa nota na ficha.

Questionada se gostava de desenhar respondeu que sim, então foi-lhe dada uma folha A4 para que ela desenhasse a sua família real. Depois de finalizar o desenho pediu-



se-lhe que desenhasse uma família que ela imaginasse ter. No final dos desenhos foi questionada quem estariam nesses desenhos.

Terminou-se a sessão com YD a agradecer à psicóloga.

#### **Quarta Sessão (Segunda-feira, 13/06/2016, 9h00 – 9h 50)**

Na quarta sessão, YD chegou sozinha ao gabinete afirmando que não tinha com quem vir porque a irmã estava trabalhando. Nessa sessão fez-se o desenho da figura humana de Goodenough, com o objetivo de identificar alguma informação emocional. Mas, o intuito deste teste é achar o valor do coeficiente de inteligência da criança. No final da sessão foi explicado à YD que já se estava no final do período de estágio pelo que as sessões já não seriam mais possíveis. YD ficou um pouco triste, dizendo se lamentar porque gostava de continuar os encontros. Explicou-se-lhe que haveria outra psicóloga no gabinete disponível para ajudá-la e juntos encontrarem uma solução para o seu problema. Despediu-se e foi embora. No mesmo dia contactou-se a responsável por YD para explicar-lhe a situação. Ela entendeu e aceitou agradecendo o tempo dispendido com a irmã. Aconselhou a responsável que procurasse um explicador para auxiliar a YD nas matérias que considerasse mais difíceis e que a estimulassem em casa, recorrendo-se ao uso do reforço ao invés da punição.

#### **A utilização do desenho**

O desenho é um meio de comunicação privilegiado em crianças, no entanto não é superior ao diálogo, quando a maturidade da criança lhe permite expressar pela oralidade os seus pensamentos e emoções; mas incentivar a criança a desenhar pode facilitar a expressão de sentimentos, de conflitos, de preocupações e até desejos (Santos, 2013).

#### **Teste do Desenho da Família**

É um bom teste para a criança se expressar acerca da dinâmica das relações intrafamiliares. Numa utilização ligeiramente diferente do autor que mais explorou este teste, pede-se à criança para representar “uma família”, quando suspeita de conflitos ou

para se explorar a análise das interações da criança com os elementos da sua família. No entanto, este teste requer tempo suficiente, crianças mais lentas podem precisar de bastantes minutos para a sua execução, pelo que não é recomendado quando existem constrangimentos de tempo (Santos, 2013).

Quando a criança representa a sua própria família, a situação mais frequente, isso traduz um maior à vontade com o assunto do que quando a criança precisa de recriar uma família inventada ou uma família constituída por animais, por exemplo, para poder transmitir, de forma indirecta, os seus sentimentos e opiniões (Santos, 2013).

### **O teste da Figura Humana de Goodenough**

É uma forma simples e rápida de se poder inferir o desenvolvimento cognitivo de uma forma razoavelmente fidedigna em crianças em idade escolar, embora se considere que pode ser influenciado pela experiência prévia de desenho que a criança possua. (Santos, 2013) (cf. ANEXO V)

## **Resultados dos Testes**

### **Desenho da família real**

No desenho da família real representou uma família composta por nove pessoas, sendo a mãe desenhada em primeiro lugar e logo em seguida o pai e ela própria ao lado dos pais. Desenhou também duas irmãs e quatro irmãos. O desenho foi feito com folha na horizontal. A posição do desenho na parte superior da folha sugere curiosidade em descobrir coisas novas, e na parte inferior do lado esquerdo sugerem que os seus pensamentos giram em torno do passado, apresentando também necessidades físicas e materiais. A dimensão em forma pequena sugere que precisa de pouco espaço para se expressar ou até mesmo a falta de confiança. Os traços contínuos indicam que é uma criança dócil e a boa pressão indica entusiasmo e vontade. As cores: amarelo demonstra a sua curiosidade, verde indica uma certa maturidade e sensibilidade, laranja a necessidade de

contato social. Em relação aos detalhes das figuras humanas representadas, a ausência da boca no desenho que representa YD (terceira figura) pode ser revelador do desejo de não falar. Os olhos grandes representam a curiosidade, a ausência de mãos na última figura demonstra a dificuldade de dominar a situação em que vive. A ausência também dos pés na sétima figura representa a dificuldade de se sentir estável. O fato de YD ter desenhado a si própria ao lado do pai expressa o desejo de passar mais tempo com ele. O sentido do desenho para a direita indica um sentido natural, progressivo. A distância entre as figuras associa-se com dificuldades no relacionamento. Desenhos pequenos associam-se a uma auto-imagem da pessoa insuficiente, a sentimentos de inferioridade. (cf ANEXO VI)

### **Desenho da família ideal**

Representou três pessoas, a quem ela identificou como sendo a sua mãe, ela e o pai. O desenho foi feito com a folha na horizontal. A posição do desenho no lado esquerdo da folha demonstra que os seus pensamentos giram em torno do passado, tendências regressivas, forte dependência dos pais, falta de iniciativa. Valorização da personagem principal (primeira figura). Afetividade positiva, o pai desenhado em um plano mais elevado associa-se a sentimentos de dominação e poder. A dimensão em forma pequena demonstra que precisa de pouco espaço para se expressar ou até mesmo a falta de confiança. Os traços contínuos indicam que é uma criança dócil. A boa pressão indica entusiasmo e vontade e as cores utilizadas como o amarelo, o azul, o vermelho e laranja representam a curiosidade, a paz e tranquilidade, a vida, e a necessidade de contato social. Os olhos grandes representam a curiosidade. (cf ANEXO VII)

### **Perguntas relacionadas ao desenho da família real:**

Psicóloga (Psi): Fale um pouco sobre esta família. O que estas pessoas gostam de fazer juntos?

Paciente (P): “Esta é a minha família. Eles gostam de ver TV juntas.”

Psi: Qual é a melhor de todos em sua família?

P: “Minha mãe.”

Psi: Qual é o mais chato? Porquê?

P: “A minha irmã mais velha, porque ela não me deixa ver TV.”

Psi: Qual o mais feliz? Porquê?

P: Apontou para a sétima figura. “ Porque ele está sempre sorrindo.”

Psi: Qual o menos feliz? Porquê?

P: “ O menos feliz é o meu irmão A (sexta figura), porque ele não gosta de falar.”

Psi: E você nesta família, a quem prefere? Porquê?

P: “Prefiro o meu irmão Y (sétima figura), porque ele me ajuda com os trabalhos da escola.”

Psi: A mãe saiu para comprar presentes e esqueceu de uma pessoa. Quem ficou sem presente? Porquê?

P: “ A minha irmã M (quarta figura), não sei porquê.”

Psi: O pai propôs um passeio de carro, mas não há lugar para todos. Quem permanecerá em casa? Porquê?

P: Apontou para a sétima figura. “ Porque ele não gosta muito de sair.”

Psi: Uma das crianças não se portou bem. Quem foi? Como será punida?

P: “ O meu irmão mais pequeno (nona figura), a mãe vai brigar com ele.”

### **Perguntas relacionadas ao desenho da família ideal:**

Psi: Esta é a família que você imaginou. Conte-me a história dela.

P: “ Tem a mãe, eu e o pai. Vivemos juntos em Santo Antão. Não sei mais.”

Psi: Suponha que você faça parte desta família, qual deles você seria?

“Sou a do meio.”

### **Desenho livre (árvore)**

No seu primeiro desenho livre, YD representou uma árvore, que diz ser a árvore onde brincava e tirava frutos na sua ilha natal (Santo Antão).

Analisando o desenho verificou-se que:

A folha A4 que foi entregue na vertical, foi mudado por YD para a orientação horizontal. A árvore foi desenhada no lado esquerdo, com uma tendência para o meio, o que poderá ser indicador de retraimento, preocupação consigo mesma, fixação no passado, insegurança e rigidez.

Margem inferior do papel: necessidade de apoio.

O desenho é composto por uma árvore com frutos, gramas ao redor, uma linha do solo, pássaros voando em cima da árvore, nuvens e o sol. A árvore não apresenta galhos o que indica que YD necessita de recursos para obter a satisfação no ambiente. O tronco de base larga representa a dependência. Árvore frutífera (Mangueira) representa a dependência e a imaturidade. Raízes omitidas, representa a insegurança. Copa achatada representa a pressão do ambiente, negação.

A linha do solo representa necessidade de segurança, ansiedade. A árvore tem a forma de um buraco, com estrutura circular, sem sombreamento dos galhos e sem linhas fechando a base circular reflecte tendência oposicionista.

Nuvens, representa a ansiedade. Adequação da cor: Tronco castanho, a folhagem verde, frutas amarelas, grama verde, sol amarelo.

Qualidade da linha é forte o que representa uma tensão e uma ansiedade. (cf. ANEXO VIII)

### **Desenho da Figura Humana de Goodenough**

Feita a cotação da figura humana de Goodenough, constata-se que YD tem um QI considerado normal (91.97). (cf. APÊNDICE XIII)

**Análise qualitativa do desenho da figura humana:** Existe uma figura com maior qualidade formal (Mulher), o que indica características de valorização e identificação, também existe uma figura com menor qualidade formal (Homem) que indica características de desvalorização.

Vê-se claramente que a figura da mulher é a maior no tamanho em relação às outras figuras e a figura de si mesma é a menor. Os desenhos são restritos o que aponta para introversão.

Há uma diferenciação das características sexuais. A localização dos desenhos na parte superior das folhas indica expressão da fantasia. Da análise do traçado pode-se salientar que existe um traçado sensorial e a presença de vestuário dá sinal de elaboração.

## **Compreensibilidade do caso**

Feita a análise das entrevistas, com YD, sua irmã (responsável por YD), e sua prima (quem procurou a Psicóloga), constata-se que YD é uma criança retraída. Pelo que foi dito pela irmã e pela prima, em casa YD é uma criança tímida, quieta, pouco exploradora do ambiente, mas ao observar YD no gabinete, parecia uma criança curiosa, explorava o ambiente do gabinete, falava com espontaneidade, e ressaltava o medo dos irmãos, devido ao fraco desempenho escolar. Importante salientar a mudança de contexto: YD cresceu na ilha de Santo Antão mas veio morar em São Vicente, também deixou de viver com a mãe, figura muito importante no desenvolvimento de uma criança, para viver com os irmãos mais velhos, todas essas mudanças provavelmente contribuíram para o baixo rendimento escolar, e com a incompreensibilidade dos irmãos, YD desenvolveu ansiedade. Ao sentir medo de mostrar as provas para os irmãos visto que vão agredi-la oralmente.

Os desenhos feitos por YD demonstram que é uma criança insegura, insegurança esta que advém do medo que ela sente dos irmãos por a punirem verbalmente devido ao seu baixo rendimento escolar, é também uma criança ansiosa e também demonstra uma certa pressão no seu ambiente, demonstra também uma falta de confiança nos irmãos.

Aplicou-se o teste da Figura Humana de Goodenough onde o resultado demonstrou que YD apresenta uma inteligência considerada normal (91.97). O que nos leva a considerar que YD é uma criança que tem capacidades para aprender, levantando a hipótese

de que é uma criança que necessita trabalhar os aspetos acima apresentados (ansiedade, insegurança e a pressão do ambiente).

Importante salientar a separação da mãe, quando YD estudava o quarto ano de escolaridade, fato importante, visto que nos desenhos, ela demonstra a importância que os pais têm para ela e também os desenhos demonstram a valorização de um personagem principal (identificado como a mãe) desenhado em primeiro lugar com frequência, o que significa que cristaliza na mãe as principais aspirações, considera seu sexo e o seu papel como privilegiados e no seu íntimo mantem o sonho de ocupar seu lugar. Durante as sessões, YD disse que gostaria muito de voltar a viver com a mãe e nisso se vê a necessidade que ela tem de ter os pais por perto.

### **Hipótese Diagnóstica**

Feita a avaliação psicológica e a compreensão do caso, chega-se a conclusão de que YC não apresenta um transtorno de aprendizagem específica, mas há alguns traços que necessitam ser trabalhados como:

- Ansiedade; Insegurança; Pressão do ambiente.

### **Formulação Integrativa do Caso «YD»**

**Problema:** Baixo rendimento académico.

**Sintomas afetivos:** Medo, insegurança.

**Sintomas cognitivos:** Pensamentos de auto-culpabilização.

**Sintomas Comportamentais:** Isolamento, timidez

**Sintomas Físicos:** Nenhum

**Fatores Precipitantes:** Imcompreensibilidade dos irmãos.

**Fatores Predisponentes:** Mudança do ambiente familiar (deixou de viver com a mãe e foi viver com os irmãos), mudança do contexto escolar.

**Fatores Perpetuadores:** Baixo rendimento escolar.

**Coping:** Retraimento

## Proposta de Intervenção

O caso parece ter indicação para a:

- **Psicoterapia familiar:** no sentido de modificar o sistema de interação no seio da família.

- **Terapia cognitivo-comportamental:** de modo a atuar sobre os pensamentos disfuncionais, uma vez que tais pensamentos geram os sentimentos e os comportamentos que caracterizam a relação do indivíduo com o ambiente que o cerca.

- **Ludoterapia:** por se tratar de uma pré-adolescente, acredita-se que a melhor modalidade interventiva será a ludoterapia por pretender provocar mudanças através de actividades lúdicas. Desta forma acredita-se que YD mantém-se motivada a participar no processo. Ainda assim, considera-se **importante o envolvimento da família no processo.**

## Plano de Intervenção

Sessões	Técnicas	Objectivos	Resultados Esperados
1ª Sessão	-Entrevista clínica -Observação clínica	-Primeiro Contato Psicóloga/Paciente; -Estabelecimento da relação terapêutica; -Recolha dos dados da anamnese;	-Estabelecimento da relação terapêutica; -Empatia; -Recolher informações sobre a paciente.



		-Contrato psicoterapêutico.	
2ª Sessão	-Reestruturação cognitiva	-Identificação e alteração do diálogo interno.	-Paciente capaz de identificar os pensamentos automáticos e de substituí-los por pensamentos mais flexíveis e adaptativos.
3ª Sessão	-Relaxamento	- Diminuir o nível de ansiedade	-Paciente capaz auto-relaxar em situações geradoras de ansiedade..
4ª Sessão	- Programação semanal	- Programar as actividades semanais	-Paciente autónomo , organizado e com maior capacidade de planeamento
5ª Sessão	-Treino de assertividade e treino no reconhecimento de emoções	-Assegurar a capacidade de resolver problemas	-Paciente capaz de expressar seus pensamentos e sentimentos sobre algo e Lidar com os conflitos que surgem durante a brincadeira
6ª Sessão	-Treino de habilidades sociais	-lidar eficazmente com as situações sociais	-Melhorar as relações interpessoal e intrapessoal
7ª Sessão 8ª Sessão	-Orientação familiar	-Aumentar as competências afetivas, de compreensão e apoio da família,	-Família mais compreensiva e com mais espírito de apoio.
9ª Sessão	-Dessensibilização Sistemática	-Aproximar de forma gradual das situações consideradas ansiogênicas. -Desmame	-Paciente capaz de enfrentar o objeto temido.
10ª Sessão	-Escala 0-10	- Avaliação das sessões -Desmame	

## **Reflexão pessoal**

Quando iniciei o estágio, várias foram as incertezas e os receios com que me deparei. A medida que o tempo de estágio se passava, com as orientações da Supervisora, fui tomando consciência das minhas insuficiências e fui ajustando estratégias para as colmatar. Fui ganhando gradualmente a confiança e a destreza necessárias para a realização das tarefas propostas e para responder às demandas e aos desafios encontrados ao longo do estágio.

Agora, tenho consciência que ao longo do estágio houve um progresso nas várias vertentes do meu saber: saber-saber (conhecimentos técnico-científicos), saber-fazer (aplicação de técnicas), saber-ser (profissional) e saber estar (no contexto laboral). Contudo, ciente de que o “saber não ocupa lugar” fica o meu compromisso no investimento para fazer cada vez mais e melhor.

Embora as limitações encontradas no decorrer dos sete meses de estágio, considero a realização deste estágio extremamente útil e pertinente porque consegui pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante os anos de formação, estive envolvida no desempenho de funções socialmente úteis sempre com respeito aos princípios éticos da profissão e cada caso foi uma oportunidade única de aprendizagem.

Sinto-me agora mais conhecedora e melhor preparada para, através de intervenções psicológicas e do meu *self*, ajudar os que precisarem.

Ao terminar o relatório, concluo que o estágio foi extremamente produtivo, pois me permitiu amadurecer como pessoa e começar a crescer como profissional. Sim, começar, porque trata-se do início de uma longa caminhada que requer constante atualização e investimento.

Enfim, as orientações exigentes da Supervisora ajudaram-me a ser mais segura e a descobrir em mim a essência da Psicóloga que quero ser.

## **Conclusão**

Em virtude do que foi mencionado neste relatório, conclui-se que o estágio no GAPUM é repleto de afazeres e diversificado em saberes importantes para a prática de excelência.

Embora a UM ofereceu pela primeira vez a possibilidade de estágio curricular no seu gabinete de atendimento psicológico, este presta um serviço que oferece a possibilidade de aprendizagem das verdadeiras características e desafios da Psicologia Clínica e da Saúde.

Foi uma etapa exigente, de muito trabalho e dedicação, mas sinto-me satisfeita por ter estagiado no GAPUM, pois “o preço do sucesso é a dedicação, o trabalho árduo e uma incessante devoção às coisas que se quer ver acontecer”. Assim, considero que os objetivos propostos foram na sua maioria atingidos mesmo diante de todas as limitações encontradas durante este percurso e que foram vencidas pelos ganhos assim como pelos fracassos.

Em suma, foi um período autêntico de construção do início de uma carreira profissional.

## Referências bibliográficas

Cass, H. (1999). *Erva de São João: o antidepressivo natural*. Tradução: Renata cordeiro São Paulo: Madras

Coelho D.T., (2007). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Dislexia, Disgrafia Disortografia e Discalculia*. Areal EDITORES, (2007).

Colaço N., (2006). Metodologia Projectiva: TAT. ULHT-2006

Da Silva S. B. & Rapoport A. (2013). Desempenho escolar de crianças em situação de Vulnerabilidade social. Revista Educação em Rede. [Em linha]. Disponível em <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/educacaoemrede/index>>. [consultado em 20/07/2016]

Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR, 2002. CLIMEPSI EDITORES, Lisboa-Portugal.

Graça, A.E.L., (2012). *Um Modelo de Gestão para uma Universidade Empreendedora e Competitiva: O caso da Universidade do Mindelo*. Instituto da Biblioteca nacional e do livro. Cidade da Praia

Meireles L.P. & Cameirão M.L., (2005). As Perturbações Afectivas: as Perturbações Bipolares. Trabalho de Licenciatura (2005).

Paranhos M. E., 2009. *Dissertação de Mestrado: Estudo de Fidedignidade e validade do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes*. Porto Alegre. 2009

Ros A.M.J., (2010). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Terapia Cognitivo-Comportamental da Depressão.

Santos M.C. (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir*. EDIÇÕES SÍLABO, LDA, Lisboa, (2013).

Tavares L., (2005). Abordagem Cognitivo - Comportamental no Atendimento de Pacientes com História de Depressão e Déficit em Habilidades Sociais. Relatório de Estágio na Área de Psicologia Clínica, (2005).

## Índice de Apêndices

Apêndice I – Inventário dos materiais do GAPUM no início do estágio-----	62
Apêndice II – Inventário dos materiais do GAPUM no fim do estágio -----	65
Apêndice III – Panfleto do dia mundial da consciencialização do Autismo-----	68
Apêndice IV – Panfleto do dia mundial sem Tabaco-----	70
Apêndice V – Panfleto informativo sobre Delinquência Juvenil-----	72
Apêndice VI – História contra o estigma da doença Mental-----	74
Apêndice VII – Questões pós-história-----	78
Apêndice VIII – Convite para a palestra “À mesa com afeto”-----	79
Apêndice IX – Poster com dados biográficos de Freud-----	80
Apêndice X – Questionário aplicado aos pais das crianças do PEPE-----	81
Apêndice XI – Genograma AD-----	82
Apêndice XII – Genograma YD-----	83
Apêndice XIII – Folha de cálculo da Figura Humana de Goodenough-----	84

**APÊNDICE I - Inventário dos materiais do GAPUM**

**Inventário dos Materiais do Gabinete de Psicologia da Universidade do Mindelo (Início do estágio)**

<b>Materiais</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Observação</b>
Afiador	1	
Apagador	1	Danificado
Armários	2	
Autocolantes	38	2 Danificados
Bolas	2	
Bonecas Grandes	2	Uma danificada
Bonecas Pequenas	3	
Borboletas	3	Uma danificada
Cadeiras	13	
Cadeiras de plástico pequenas	4	
Caixa de lápis de cor	1	
Caixa de color cartridges	1	
Caixa de trabalhos de psicopatologia	1	
Caixas pretas	2	
Pastas com argola	7	
Cartaz na parede	1	
Cartazes de cartolina	18	

Maqueta do Cérebro	1	
Cesto de lixo	1	
Cesto para Brincadeiras	1	
Cadeiras-sofá	2	
Carros (brinquedos)	5	
Computador	1	
Desenhos para pintar	6	
Ficha para extensão elétrica	1	
Lâmpadas	4	
Lápis de carvão	1	
Letras para brincar	1	
Livro de Depressão	10	
Livro de ponto	1	
Livros de Saúde Mental e Pessoas Idosas	2	
Luva para brincar	3	
Mesa de Computador	1	
Mesa Grande	6	
Mesa de plástico	1	
Mesa de vidro	1	
Monitor	1	
Números de plástico	8	



Panfleto	2	
Peça de jogo para montar	39	
Pente de boneca	1	
PC	1	
Plasticina	2	
Poster do corpo Humano	2	Um danificado
Puzzles	2	
Quadros de parede	3	
Quadros de pregar	1	
Quadros Infantis	3	
Quadro para escrever	1	
Relatório de Estágio	53	
Recortes de desenhos	43	
Teclado	1	
Tupperware	3	
Trabalhos de Avaliação	19	
Ventilador	2	

**APÊNDICE II - Inventário dos materiais do GAPUM**

**Inventário dos Materiais do Gabinete de Psicologia da Universidade do Mindelo (Fim do estágio)**

<b>Materiais</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Observação</b>
Afiador	1	
Apagador	1	Danificado
Armários	2	
Autocolantes	38	2 Danificados
Bolas	2	
Bonecas Grandes	2	Uma danificada
Bonecas Pequenas	3	
Borboletas	3	Uma danificada
Cadeiras	15	
Cadeiras de plástico pequenas	4	
Caixa de lápis de cor	1	
Caixa de color cartridges	1	
Caixa de trabalhos de psicopatologia	1	
Caixas pretas	2	
Pastas com argola	7	
Cartaz na parede	1	
Cartazes de cartolina	18	

Maqueta do Cérebro	1	
Cesto de lixo	1	
Cesto para Brincadeiras	1	
Cadeiras-sofá	2	
Carros (brinquedos)	5	
Computador	1	
Desenhos para pintar	6	
Ficha para extensão eléctrica	2	
Lâmpadas	4	
Lápis de carvão	1	
Letras para brincar	1	
Livro de Depressão	7	
Livro de ponto	1	
Livros de Saúde Mental e Pessoas Idosas	2	
Luva para brincar	3	
Mesa de Computador	1	
Mesa Grande	4	
Mesa de plástico	1	
Mesa de vidro	1	
Monitor	1	
Números de plástico	8	

Panfletos	8	
Peça de jogo para montar	39	
Pente de boneca	1	
PC	1	
Plasticina	2	
Póster do corpo Humano	2	Um danificado
Poster Freud	2	
Puzzles	2	
Quadros de parede	3	
Quadros de pregar	1	
Quadros Infantis	3	
Quadro para escrever	0	Foi retirado
Relatórios de Estagio	53	
Recortes de desenhos	43	
Teclado	1	
TV Plasma	1	
Tupperwere	3	
Trabalhos de Avaliação	19	
Ventilador	2	

## APÊNDICE III - Panfleto do dia mundial da consciencialização do Autismo

Conhecer as suas dificuldades de aprendizagem (por meio de uma avaliação prévia) é o primeiro passo para a planificação de programas eficazes para a sua educação.

A educação é a melhor forma de melhorar a qualidade de vida das crianças autistas e de as aproximar do mundo das outras pessoas.

"Através da educação, a criança sai de um mundo essencialmente alheio ao nosso próprio mundo" (Riviere, 1989).

No processo educativo, é importante que o educador esteja verdadeiramente interessado no processo de aprendizagem da criança, que seja disponível, compreensivo, caloroso, gratificante e que tenha uma atitude activa e directiva.

### Papel da família

Cuidar de uma criança autista e responder adequadamente às suas necessidades não é tarefa fácil. Contudo, a colaboração das pessoas que convivem diariamente com a criança é fundamental para o seu desenvolvimento.

A colaboração traduz-se basicamente em estimular a comunicação, a linguagem verbal e/ou não-verbal (gestos), a autonomia e comportamentos ajustados.

A colaboração dos pais pode ser orientado pelos profissionais que intervêm com a criança.

### Tratamento

A intervenção precoce e intensiva e de acordo com as potencialidades da criança é de extrema importância.

A intervenção deve ser direccionada para a área de comunicação-interacção, para a linguagem, para a área cognitiva, para os problemas comportamentais e para outras eventuais áreas afectadas.

Em alguns casos, a medicação pode ser útil para o controle de sintomas específicos (convulsões, comportamento agressivo e transtorno de humor.)

Qualquer intervenção conta com a colaboração da família.

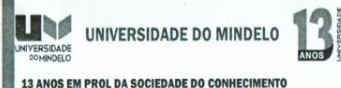
O Gabinete de Atendimento Psicológico da Universidade do Mindelo dispõe de intervenção e grupo de apoio aos pais de crianças autistas.

Elaborado por : Djeila Timas, estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde, sob a supervisão da Professora Denise Oliveira Centeio



Rua Patrice Lumumba, CP 648 - Mindelo - São Vicente - CABO VERDE

[www.uni-mindelo.edu.cv](http://www.uni-mindelo.edu.cv)



13 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

## 02 de Abril Dia Mundial da consciencialização do AUTISMO



Saiba mais sobre o AUTISMO

Sabia que cerca de 10% dos autistas tem surpreendentemente boa habilidade musical, matemática ou viso espacial?

## O que é o autismo?

### O que é o autismo?

É uma síndrome clínica que se caracteriza por deficiência na qualidade da interação social recíproca, da comunicação verbal e não verbal, das actividades lúdicas e imaginativas e de um repertório restrito de interesses e motivações, com grande variação no grau de intensidade.

Algumas características encontradas nos indivíduos autistas:

- Atraso, regressão ou falta total da linguagem oral;
- Dificuldade em estabelecer contacto visual;
- Ausência de reciprocidade social e emocional;
- Dificuldade na compreensão de condutas complexas;
- Preferência por brincadeira solitária, envolvendo os outros apenas como auxílio mecânico;
- Utilização da terceira pessoa para se referirem a si próprios;
- Dificuldade em mostrar, trazer ou indicar objectos de interesse;
- Fascínio por movimentos;

- Estereótipos comportamentais/ movimentos repetitivos e imotivados como balançar as mãos ou o corpo;
- Pouco interesse pela exploração do ambiente;
- Utilização de brinquedos de forma diferente da sua aplicação habitual por outras crianças
- Vinculação a determinados objectos;
- Ansiedade perante mudanças no ambiente e quebra de rotina.
- Preocupação fixa com partes de objectos ou partes do corpo.

### *Fique Atento!*

**Outras características e condições médicas associadas**

Ansiedade, depressão, deficiência mental, alteração de diversas funções cognitivas, redução do campo da atenção, impulsividade, agressividade, comportamentos auto-agressivos, hipersensibilidade aos sons e contacto físico, elevado limiar à dor, reacções exageradas à luz e aos cheiros, dieta limitada à poucos alimentos, despertar durante a noite com balanceio, ausência de medo a perigos reais, convulsões, etc.

### Prevalência

Estima-se que aproximadamente 5 em cada 10 000 crianças são afectadas.

Os estudos mostram que o autismo é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, numa proporção de três a quatro para um, respectivamente.

### Autismo, QI, Aprendizagem e Educação

Existem crianças autistas, cujo desenvolvimento intelectual esteja próximo do normal, capazes de adquirir conhecimentos académicos.

Durante o período escolar, os autistas com alto quociente de inteligência (QI) obtêm bons resultados, devido à sua facilidade de recordar detalhes.

Alguns frequentam universidades e se formam com sucesso.

Porém, na sua grande maioria, devidas às características do quadro clínico do autismo, os autistas apresentam grandes dificuldades de aprendizagem.

Com metodologias escolhidas em função das características da criança, são capazes de aprender e desenvolver suas potencialidades.

A partir do momento em que nascemos não podemos ser discriminados sob nenhum conceito. As pessoas com autismo também necessitam de afectividade e estimulação.



## APÊNDICE IV - Panfleto do dia mundial sem Tabaco

- ⇒ O tabaco é causa estabelecida ou provável de, pelo menos, 25 doenças;
- ⇒ A exposição ao fumo do tabaco representa um risco acrescido de 30% para as doenças cardiovasculares;
- ⇒ Sabe-se hoje que na composição de um cigarro existem mais de 4000 substâncias sendo já identificadas inúmeros componentes irritantes, co-cancerígenos e cancerígenos para o ser humano, ou seja, estamos perante um verdadeiro *cocktail* de tóxicos.

**Faça seu teste e vê se és um dependente!**

Grau de dependência:

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

### Avaliação da dependência da nicotina (Teste de Fagerström)

1. Durante quanto tempo, logo após acordar, você fuma o 1º cigarro?  
(3) Dentro de 5min (2) Entre 6-30min (1) Entre 31-60min (0) Após 60min
2. Para você é difícil não fumar em lugares proibidos?  
(1) Sim (0) Não
3. Qual dos cigarros que fuma durante o dia lhe dá mais satisfação?  
(1) O primeiro da manhã (0) Os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?  
(0) Menos de 10 (1) De 11-20 (2) De 21-30 (3) Mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?  
(1) Sim (0) Não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?  
(1) Sim (0) Não

O Gabinete de Atendimento Psicológico da Universidade do Mindelo dispõe de intervenção para a cessação tabágica.

Elaborado por : Djeila Timas, estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde, sob a supervisão da Professora Denise Oliveira Centeio



Rua Patrice Lumumba, CP 648 -  
Mindelo - São Vicente - CABO  
VERDE

[www.uni-mindelo.edu.cv](http://www.uni-mindelo.edu.cv)



## Diz não ao tabaco, porque faz mal aos pulmões, à saúde e aos bolsos!

### Tabaco

É um produto agrícola processado a partir das folhas de plantas do género Nicotina. É consumido como uma droga recreativa sob forma de cigarro, charuto, cachimbo, charro, etc.

O tabaco é um factor causador de doenças e morte na população.

### Composição do cigarro



### Consequências do uso do tabaco

- Impotência sexual no homem;
- Complicações durante a gravidez;
- Aneurismas arteriais;
- Úlcera do aparelho digestivo;
- Infecções respiratórias;
- Cancro do pulmão e da cavidade oral;
- Trombose vascular;
- Cancro da bexiga e do estômago;
- Doença cardiovascular.



### ??Você sabia??

- ⇒ Consumo de tabaco mata cerca de 3 milhões de pessoas por ano, número que tende a chegar aos 10 milhões nas próximas três décadas;
- ⇒ O Tabaco é responsável por 50% de todas as doenças que podem ser evitadas, metade das quais são doenças cardiovasculares;
- ⇒ O risco de doença associado ao tabaco está relacionado com a quantidade diária e a duração do hábito de fumar;
- ⇒ Existe mais de 1,2 biliões de fumadores em todo o mundo, aproximadamente um terço da população mundial;
- ⇒ O risco de morte súbita é 4 vezes maior nos fumadores do que nos não fumadores;





## APÊNDICE V - Panfleto informativo sobre Delinquência Juvenil

### Papel da Família no combate à Delinquência

- Os pais devem de certa forma acompanhar o desenvolvimento de seu filho, sempre, sobre tudo quando se manifesta o início da crise moral, devem defender a questão da moral defendendo o bem do mau, e esclarecendo seus valores, isso é uma atitude que pode influenciar o seu modo de ser, e libertar-se de muitos comportamentos errados.

- Aos pais, cabem esclarecer aos filhos que a vida é um linear em busca do desenvolvimento, e que todo caminho prevê chegar a um fim, e a vida não é uma eterna competição.

- Não pode haver por parte dos pais uma atitude de donos da verdade, bem como os filhos não devem apresentar-se insubordinados nem contestar tudo. Como cada um tem um pouco de razão, é preciso conversar para chegar a um acordo.

- É papel dos pais conversar sobre as dificuldades que os filhos vão enfrentando.



### Prevenção e Tratamento

- ⇒ Terapias
- ⇒ Orientação para atividades criativas
- ⇒ Atividades socialmente integradas
- ⇒ Ressocialização através da interiorização de sistemas relacionais mais equilibrados
- ⇒ Constituição de uma melhor imagem de si próprio através do trabalho terapêutico.

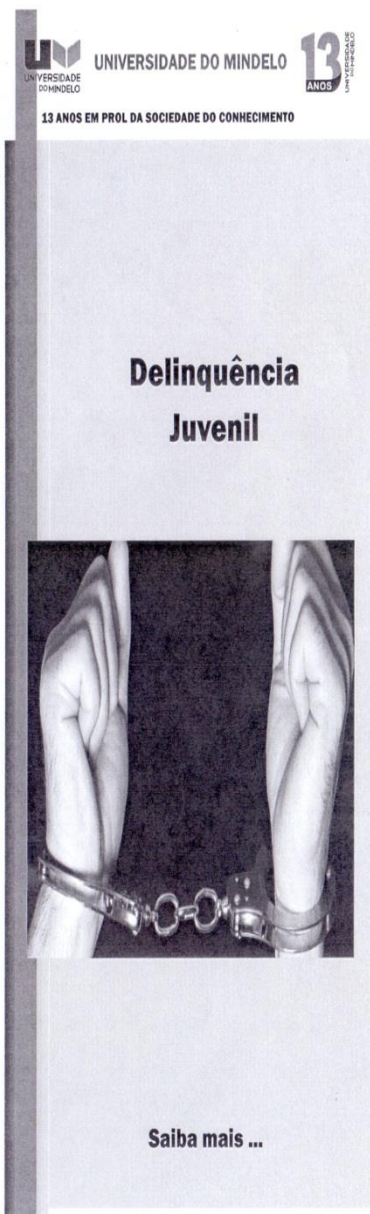
O Gabinete de Atendimento Psicológico da Universidade do Mindelo dispõe de intervenção e grupo de apoio para os jovens e suas famílias.

Elaborado por : Djeila Timas, estagiária de Psicologia Clínica e da Saúde, sob a supervisão da Professora Denise Oliveira Centeio



Rua Patrice Lumumba, CP 648 - Mindelo - São Vicente - CABO VERDE

[www.uni-mindelo.edu.cv](http://www.uni-mindelo.edu.cv)



## O que é a delinquência?

### O que é a Delinquência?

Ato de cometer delitos, desobedecer a leis ou a padrões morais.

A **delinquência juvenil** refere-se aos atos criminosos cometidos por adolescentes. A delinquência juvenil, normalmente inicia-se em idades entre os 10-11 anos, indo até aos 16-18 anos.

### Fatores de risco para a delinquência:

- Desestruturação familiar
- Envolvimento com drogas (Toxicodependência)
- Más companhias
- Exclusão social
- Carência económica
- Baixos níveis de educação / Insucesso escolar
- Violência Doméstica
- Falta de acompanhamento das crianças/adolescentes
- Falta de perspectivas futuras por parte dos jovens
- Dificuldades de integração social

### Dinamismos sociocognitivos na delinquência:

- Défices ligados ao controlo do comportamento impulsivo e agressivo (a criança agressiva apresenta défices sociocognitivos (medo ao aprender a realidade social) em diferentes momentos do processamento da informação).

-Tendência para conceber menos soluções alternativas para problemas interpessoais (coloca-se uma hipótese de conflito e pergunta-se a solução - as crianças agressivas propõem menos soluções).

-Tendência para focalizar-se nos objectivos finais (em vez de se centrar nas etapas intermédias para os atingir).

-Tendência para apresentar crenças positivas acerca da agressão e acreditar que é socialmente normativa (convicção de que a agressão é um meio de solucionar problemas interpessoais).

- Reconhecimento de menos consequências associadas aos seus comportamentos desviantes.

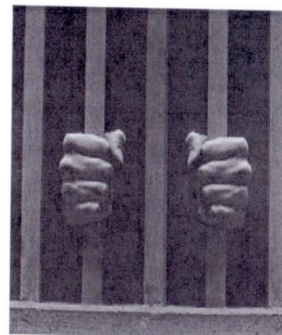
- Maior dificuldade em compreender as causas dos comportamentos das outras pessoas.

- Menor sensibilidade aos conflitos interpessoais.

-Quando não se corrige de início vai piorando. Quando o delinquente chega na fase de que errar é normal, tem de se ter maior atenção porque pode ser perigoso. O delinquente não tem categoria, não tem nível, tanto pobre como rico pode ter o mesmo problema

### Consequências da delinquência juvenil :

- ⇒ Aflição por parte dos pais
- ⇒ Discriminação
- ⇒ Prisão
- ⇒ Morte



## APÊNDICE VI – História contra o estigma da doença mental

### **Histórias** **#Saúde Mental#**

#### 1ª Parte da História

ERA UMA VEZ um rei que vivia num reino distante, com a sua filha pequena, que se chamava Branca de Neve. O rei, como se sentia só, casou-se novamente, achando que também seria bom para a sua filha ter uma nova mãe. A nova rainha era uma mulher muito má, maltratava a Branca de Neve que chorava pelos cantos da casa.

Um dia, já cansada dos maus-tratos da madrasta, Branca de Neve fugiu para a floresta.

Na floresta, Branca de Neve viu uma pequenina casa e bateu à sua porta. Como ninguém respondeu e a porta não estava fechada à chave, entrou. Dentro da casa, tudo era miniatura, sete caminhas, sete cadeirinhas, a mesa e tudo o mais que se encontrava na casa. Estava tudo muito sujo e desarrumado, e Branca de Neve, mesmo triste e sem vontade, decidiu arrumar tudo. No fim, como estava muito cansada, juntou as sete camas, deitou-se sobre elas e adormeceu.

A casa era dos sete anões que viviam na floresta e, durante o dia, trabalhavam numa mina.

Ao anoitecer, os sete anões regressavam à sua casinha, e viram Branca de Neve, adormecida nas suas caminhas. Branca de Neve acordou e logo contou a sua triste história aos anões. Os anões ficaram muito comovidos e convidaram Branca de Neve a viver com eles.

A cada dia Branca de Neve acordava mais triste. Um dia acordou a chorar, e os anões perguntaram o que ela tinha e ela respondeu:

-Estou sem vontade de levantar da cama e muito menos de sair á rua.

-O Miudinho trouxe-lhe o café na cama mas ela não quis comer.

Os anões ficaram preocupados com a Branca de Neve que não parava de dizer que a vida dela era horrível e que estava ficando cada vez mais feia. Então reuniram e decidiram que a Branca de Neve deveria procurar uma Psicóloga para a ajudar a ultrapassar essa fase. Branca de Neve aceitou e foi procurar uma psicóloga que a explicou que ela estava com depressão. A Psicóloga ajudou-lhe e Branca de Neve sentiu-se feliz, bonita e com vontade de brincar com os anões.

Quando ela foi encontrar com a psicóloga, conheceu o Tom que também foi procurar a psicóloga para lhe ajudar porque ele estava com medo; dizia que o Jerry estava-lhe perseguindo, que ouvia a voz do Jerry dizendo que ele iria pegá-lo para lhe por fogo no rabo. Tom estava com tanto medo do Jerry que tremia todo só de ouvir falar nele. Tom estava fedorento e de calças rasgada, parecia que há muito não tomava banho. Tom falava com as pessoas mas não conseguia encará-las.

Tom foi atendido pela psicóloga que lhe explicou que ele estava tendo alucinações, ou seja, estava vendo e ouvindo o Jerry mas na verdade era apenas coisas da sua cabeça, ninguém mais via e ouvia o Jerry. A psicóloga também ajudou Tom, e Tom já não tinha tanto medo do Jerry. Já não ouvia mais a voz do Jerry e passou a vestir-se muito bem.

Quando a Branca de Neve e o Tom já estavam no fim dos encontros com a psicóloga conheceram o Pateta.

O Pateta foi encaminhado pela professora dele porque ele não prestava atenção nas aulas, era muito inquieto, não parava de se mexer e não obedecia a professora, na escola disseram que era hiperactivo e mal-educado. Os trabalhos do Pateta eram muito desorganizados, tinha os cadernos todos amarrotados.

O Pateta também foi atendido pela psicóloga durante algumas sessões e ele foi melhorando o seu comportamento, tornando-se um menino mais organizado, prestando mais atenção nas aulas, obedecendo as regras da professora e teve a melhor nota da turma.

## 2ª Parte da História

ERA UMA VEZ uma menina muito bonita que foi amaldiçoada por uma bruxa invejosa. Frozen morava num castelo com os pais e a sua irmã. A maldição de Frozen fez com que os pais lhe deixassem trancada num quarto para a proteger e proteger a sua irmã mais pequena. Frozen congelava tudo o que tocava.

Frozen passava os dias e as noites trancada num quarto, só via os empregados que iam levar comida e água e que lhe arrumavam o quarto. Toda vez que a empregada foi arrumar o quarto encontrava os panos da Frozen molhados e cheiravam a urina, ela perguntava a Frozen se ela tinha feito xixi na cama, ela apenas chorava e não respondia por medo de a empregada contar à mãe e esta zangar-se com ela. Mas um dia a empregada decidiu contar à mãe da Frozen que estava a passar alguma coisa de errado com ela e essa empregada aconselhou a mãe de Frozen que procurasse uma psicóloga para ajudar a Frozen. Então a mãe da Frozen levou-a para uma psicóloga numa cidade próxima.

A psicóloga falou com Frozen e, após alguns encontros com ela, explicou à mãe e à Frozen que o que estava acontecendo com Frozen era uma enurese noturna que estava ligado ao que a Frozen estava a sentir e também explicou o que deviam fazer para ajudar a Frozen a controlar o xixi para não ficar a fazer xixi na cama. Passado algum tempo Frozen deixou de fazer xixi na cama e a mãe deixou com que ela brincasse com a sua irmã todos os dias.

Um dia a mãe de Frozen resolveu que ia fazer uma festa para as suas filhas para que elas pudessem se relacionar com outras crianças e abriu as portas do castelo para todas as crianças do reino. Nesse dia, Frozen e sua irmã estavam muito contentes porque iriam conhecer mais crianças e também teriam com quem brincar. As crianças do reino também ficaram muito felizes visto que era a primeira vez que iam entrar no castelo para conhecer as princesas. Entre as crianças que entraram no castelo, estavam o Scooby Doo, o Bob Sponja e o Cebolinha. que queriam muito brincar com as princesas mas estavam com vergonha. As princesas decidiram convidar-lhes para brincar com elas, foi então que decidiram levar os meninos para conhecerem o quarto delas.

Quando chegaram no quarto decidiram brincar «mãe-gatchada». Mas no meio da brincadeira alguém apagou a luz, o Scooby Doo ficou apavorado, começou a gritar, a soar, o coração estava a bater mais forte, estava com muita dificuldade para respirar. Depois de alguns minutos acenderam a luz e viram o Scooby Doo naquele estado. As outras crianças começaram a troçar do Scooby Doo:

- Tem medo do escuro! Tem medo do escuroooo!

Cebolinha ficou muito nervoso e foi chamar a mãe de Scooby Doo. Ao chegar na mãe do Scooby Doo o Cebolinha disse:

-Rápido! Rápido! O Scoody Boo está lendo um taque!

A mãe do Scooby Doo respondeu: O quê?

-Cebolinha: O Scoody Boo está lendo um taque! Estávamos no qualto das plincesas e ele começou a tel um taque.

A mãe de Scooby Doo: Ai meu Deus, meu filho está passando mal!

Ela correu para o quarto das princesas onde encontrou o Scooby Doo, já mais calmo, mas ainda todo suado e com as roupas todas molhadas. A mãe do Scooby Doo perguntou sobre o que tinha acontecido e as princesas explicaram-lhe o sucedido. Ela ficou bastante preocupada, mas não sabia como ajudar o seu filho, foi então que a rainha (mãe da Frozen) indicou-lhe a psicóloga para a ajudar e orientar.

Foi então que a professora do Cebolinha aconselhou a mãe dele a levar o Cebolinha para esse centro para que fosse acompanhado por uma psicóloga, visto que ele estava tendo muitas dificuldades em falar, ler e escrever.

## **APÊNDICE VII - Questões pós-história**

1. Quem são os personagens da história?
2. O que tinha branca de neve? E os outros personagens?
3. Quem os ajudou a superar as suas dificuldades?
4. Devemos gozar com os nossos amigos e colegas quando apresentam uma dificuldade?
5. O que devemos fazer?
6. À quem devemos dizer que estamos tristes, zangados ou com medo?
7. O que fez a psicóloga?

**Elaborado por:** Djeila Timas

**Supervisão:** Denise Oliveira

**Ano lectivo 2015/2016**




**APÊNDICE VIII - Convite para a palestra “À mesa com afecto”**




## CONVITE



Djeila Timas, estudante do 4º ano do Curso de licenciatura em Psicologia na Uni-Mindelo (estagiária no Gabinete de Atendimento Psicológico da UM), em parceria com a escola do Pólo Educativo nº 19 (Campinho), vem por este meio convidar os pais/encarregados de educação a assistir uma palestra sob o tema “**À mesa com afecto**”.



Dia 27 de Maio (sexta-feira), pelas 11H00 no Pólo Educativo nº19.  
Contamos com a sua presença!





## APÊNDICE IX – Poster de dados biográficos de Freud



### BIOGRAFIA DE SIGMUND FREUD

1856 – 1939

«83 anos de vida e 160 anos de História»



- Sigmund Schlomo Freud nasceu a 6 de Maio de 1856, em Freiberg, Morávia (Příbor, República Checa).
- Filho primogénito do casamento de Jacob e Amalia, família judaica e comerciante de lã.
- Sigi, como chamado na infância, tinha 2 meios-irmãos, mais velhos 24 e 20 anos respectivamente, filhos do primeiro casamento do pai.
- Freud era deixado ao cuidado da babá enquanto a mãe e outros adultos da família ajudavam no negócio de Jacob.
- Freud tinha 2 companheiros de brincadeira: o sobrinho, 1 ano mais velho e uma sobrinha 7 meses mais jovem.
- Aos 11 meses, Freud ganhou um novo irmão, de nome Julius e, perto dos seus 2 anos, vítima de uma infecção intestinal, perdeu-o.
- Aos 2 anos e meio, a babá de Freud foi presa por roubo e, nessa mesma altura ganhou a irmã Anna.
- Aos 3 anos e meio, devido à falência do negócio do pai, mudou para Leipzig com os pais e com a irmã, e os irmãos mais velhos mudaram com os sobrinhos para a Inglaterra.
- Por ocasião da saída de Freiberg desenvolveu o medo de viagens de comboio que repercutiu durante toda a sua vida.
- Aos 4 anos e meio a família de Freud mudou para Viena em busca de novas e promissoras oportunidades, onde se instalaram definitivamente.
- Em Viena seguiram-se mais 5 irmãos, até que Freud completasse 10 anos.
- Em Viena ocorreu toda a educação de Freud: aprendeu a ler com os pais e logo refugiou-se nos livros.
- A sua inteligência precoce foi logo notada: no colégio, durante 7 anos, foi o primeiro da classe.
- Ambicionou sempre por fama e reconhecimento.
- Revelava maior talento na área das letras e da literatura. (dominou o latim, o grego, o inglês, o francês, o italiano e o espanhol).

- Revelava Interesse pela história e culturas antigas e aversão à música.
- Amizades marcadas pela partilha de interesses intelectuais e literários, nomeadamente com Braun e Silberteín.
- Aos 16 anos experimentou a sua primeira paixão amorosa, secreta.
- Aos 17 anos, com 1,72m ingressou na Universidade de Viena e lá permaneceu durante 9 anos (Filosofia e ciências, pesquisa em fisiologia).
- Em 1875, com 19 anos, viajou para Manchester, na Inglaterra.
- Quando cursava o 3º ano de universidade, começou a trabalhar no Instituto de Anatomia Comparada de Carl Claus.
- Durante o percurso universitário teve seus professores como modelo, nomeadamente Claus e Ernst Brücke.
- Por essa altura Freud estabeleceu uma relação íntima com Breuer.
- Em 1882, com 26 anos, apaixonou-se perdidamente por Martha Bernays de 21 anos e, 2 meses depois ficaram noivos secretos.
- Nesse mesmo ano, Freud abandonou a carreira teórica no laboratório de fisiologia e iniciou a prática médica no Hospital Geral de Viena, onde passou 3 anos adquirindo experiência clínica.
- Freud sofreu com severos sintomas psicológicos, especialmente manifestações de ansiedade e mudanças de humor, e para aliviá-los experimentou a cocaína e, prescreveu-a ao amigo Fleischl para o alívio de dores.
- Em 1885, foi com uma bolsa de estudos para Paris, como estudante de neuroanatomia. Lá, foi treinado, durante 6 meses, pelo melhor neurologista da época – Charcot - e, de volta a Viena, abriu sua própria clínica como neurologista.
- A 15 de Setembro de 1886 casou-se com Martha, com quem teve 6 filhos: Mathilde [1887], Jean-Martin [1889], Oliver [1891], Ernst [1892], Sophie [1893] e Anna [1895].
- Em 1887, conheceu Fliess e, pelo fim do ano, começou a experimentar a hipnose e o método catártico.
- Desenvolveu teorias sobre a 1ª infância com base em narrativa de seus pacientes adultos durante as análises
- Por volta de 1905, já havia formulado as principais ideias da psicanálise, com base na observação de seus paciente neuróticos e da própria auto-análise.
- Empenhou-se no movimento até ao fim de sua vida.
- Sua obra completa perfaz 23 volumes e sua vastíssima correspondência chega a mais de 20 000 cartas.
- Em Setembro de 1923 foi-lhe detectado um cancro na boca, consequência do charuto e, em 1938 os sintomas exacerbaram.
- Freud morreu em Londres no dia 23 de Setembro de 1939, com 83 anos.

Berger, L. (2002). *Freud, o lado oculto do visionário*. Brasil. Ed. Manole.  
Elaborado por: Denise Centeio e Djeila Tímas, Ano lectivo 2015/2016

**APÊNDICE X – Questionário aplicado aos pais das crianças do PEPE**

**Questionário**

Idade\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_ Estado Civil\_\_\_\_\_

Número de agregados familiar\_\_\_\_\_

Escolaridade dos agregados\_\_\_\_\_

---

Quantos trabalham\_\_\_\_\_

Profissão de cada agregado\_\_\_\_\_

---

Relação familiar/ Conflitos familiares/ violência \_\_\_\_\_

---

Membros da família com perturbações/ doenças \_\_\_\_\_

---

Membro da família que usa bebidas alcoólicas ou outras drogas

---

Relação com os vizinhos\_\_\_\_\_

---

Tempo de lazer\_\_\_\_\_





## APÊNDICE XIII - Folha de cálculo da Figura Humana de Goodenough

Nome: \_\_\_\_\_ YD \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Observ: \_\_\_\_\_ 25/04/2006 Idade Cronol: \_\_\_\_\_ 11 anos e 5 meses

Data \_\_\_\_\_

Nascim: \_\_\_\_\_ 16/11/2004 Idade Mental: \_\_\_\_\_ 10 anos e 6 mese

Q.I. ( I.M. / I.C. x 100 ) = \_\_\_\_\_ 91,97

### CATEGORIA A - Não se reconhece o Homem:

0 – Garatuja

☐

1 - Traços controlados

☐

### CATEGORIA B - Existem:

H M Eu

1) contorno de cabeça	1	1	1
2) duas pernas	1	1	1
3) dois braços	1	1	1
4a) tronco	1	1	1
b) proporção do tronco	1	1	1
c) ombros	1	1	1
5 a) ligação braços/ pernas/ tronco	1	1	1
b) colocação correcta	0	0	0
6a) pescoço	1	1	1
b) id. bem delineado	1	1	1
7a) olho(s)	1	1	1
b) nariz	1	1	1
c) boca	1	1	1
d) boca/nariz em 2 dimensões	0	0	0
e) narinas	0	0	0
8a) cabelos indicados	1	1	1
b) exactidão dos cabelos	0	1	1
9a) presença de vestuário	1	1	1
b) 2 peças de roupa opacas	1	1	1
c) completamente opaco	0	0	0

H M Eu

11a) articulação dos braços	0	0	0
b) articulação das pernas	0	0	0
12a) proporção da cabeça	0	0	0
b) proporção dos braços	0	0	0
c) proporção das pernas	1	0	0
d) proporção dos pés	0	0	0
e) braços/pernas em 2 dimens.	1	0	0
13) calcanhar	1	1	1
14a) coord. motora (da criança)	1	1	1
b) idem (graduação)	1	1	1
c) linhas da cabeça	1	1	1
d) linhas do tronco	1	1	1
e) linhas dos braços/pernas	1	1	1
f) correcção das feições	0	0	0
15a) orelhas	0	0	0
b) identif. posição/proporção	0	0	0
16a) detalhes dos olhos	1	1	1
b) pupila	1	1	1
c) proporção dos olhos	1	1	1
d) olhar (no perfil)	1	1	1

## Relatório de Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

---

d) 4 peças definidas	0	0	0
e) traje completamente realista	1	1	1
10a) dedos	1	1	1
b) número exacto	0	0	0
c) correcção dos dedos	0	0	0
d) oposição do polegar	0	0	0
e) mão diferenciada	0	0	0

17a) fronte e queixo	0	0	0
b) queixo projectado	0	0	1
18a) perfil egípcio	1	1	1
b) perfil correcto	1	1	1

Total:			
--------	--	--	--

## Índice de Anexos

Anexo I – Plano de estágio-----	87
Anexo II – Questionário de auto-avaliação de Charles Spielberger STAY forma Y-1-----	90
Anexo III – Inventário de Depressão de Beck-----	92
Anexo IV – Histórias contadas por AD para os cartões do TAT-----	97
Anexo V – Desenho Figura Humana de Goodenough -----	99
Anexo VI – Desenho da família real de YD-----	102
Anexo VII – Desenho da família ideal de YD-----	103
Anexo VIII – Desenho livre (árvore) de YD-----	104

## **ANEXO I – Plano de estágio**

### **PLANO DE ESTÁGIO**

#### **Gabinete de Atendimento Psicológico – Universidade do Mindelo**

I – Objectivo do Plano: planear e organizar as actividades a serem desenvolvidas no estágio.

II – Informações gerais do estágio:

a) Dados do(a) estagiário(a):

Nome: Djeila Timas

Curso: Psicologia

Telefone: 9731483

Endereço electrónico: djeila92@hotmail.com

b) Dados do(a) supervisor(a) de estágio:

Nome: Denise Oliveira Centeio

Telefone: 5915195

Endereço electrónico: psi.denise.oliveira@gmail.com

Frequência de supervisão: semanal\*

\*A supervisão é feita pontualmente em situações específicas que demandam supervisão.

Campo do estágio: Psicologia Clínica e da Saúde; Gabinete de Atendimento Psicológico da Universidade do Mindelo.

Horário do estágio:

Gabinete de Atendimento Psicológico da UM	Segunda-feira	09h00 – 13h00
	Sexta-feira	09h00 – 13H00
Programa de Educação Pré-Escolar	Sexta-feira	14h30 – 17h00
Centro Santa Clara	Terça-feira	14h30 – 17h00
	Quinta-feira	14h30 – 17h00



Carga Horária semanal: ≈15h30

**Objectivos propostos e actividades a serem desenvolvidas no estágio:**

O estágio no gabinete de atendimento psicológico da Universidade do Mindelo oferece atendimento e apoio psicológico à comunidade estudantil e não estudantil às segundas e sextas-feiras no horário das 09h00 às 13h00.

**Objectivos:** Proporcionar melhor qualidade de vida aos académicos e à sociedade em geral.

**Actividades:** atendimento, avaliação e intervenção psicológica individual e em grupo.

As actividades de estágio estendem-se à Comunidade, apoiando especialmente o Programa de Educação Pré-Escolar (PEPE) e o Centro Santa Clara.

Para apoiar o PEPE:

- Pretende-se desenvolver uma espécie de oficina para monitores designada “**Mais Orientação para Monitores**” que procura fornecer informações acerca do desenvolvimento psicológico da criança em idade pré-escolar, as tarefas evolutivas desta fase do ciclo vital bem como as crises vivenciadas nesta idade de modo a que saibam lidar positivamente com tais situações.
- Procura ainda, por meio de debates informais e actividades estruturadas, ajudar os monitores a entenderem os factores de risco e os factores protectores do desenvolvimento nesta fase desenvolvimental.
- Pretende-se desenvolver um conjunto de actividades junto às crianças do PEPE de modo a estimular o desenvolvimento e ou melhorar as competências sociais, assim como promover a saúde emocional.
- Pretende-se levar à cabo actividades que visam prevenir situações de risco, nomeadamente o abuso sexual, entre outras.

- Pretende-se integrar os pais das crianças do PEPE no projecto de estágio (Ciclo de Conversa com pais), e desenvolver junto dos mesmos actividades que visam melhorar as competências e práticas parentais bem como o funcionamento familiar com o fim último de promover o desenvolvimento da criança.

Para apoiar o Centro Santa Clara:

- Pretende-se desenvolver uma série de actividades que visam melhorar o desempenho e a fluência das habilidades sociais dos beneficiários (directos e indirectos) do Centro, especialmente ao nível do autocuidado, da comunicação expressiva e da cooperação.

Pretende-se ainda, no âmbito do estágio:

- Levar à cabo uma actividade contra o estigma da doença mental, destinada à crianças em idade escolar, tendo, portanto, como campo de prática Escolas do Ensino Básico Integrado de SV.
- Pretende-se levar para a comunidade palestras incidindo sobre temas psicossociais que importam ser partilhados com a comunidade e nas quais a psicologia pode contribuir.
- Por fim, pretende-se colaborar com a Associação dos Psicólogos de Cabo Verde no café temático em homenagem aos 160 de Freud.

**ANEXO II – Questionário de auto-avaliação de Charles D. Spielberger**

**QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO**

De Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-1

Forma adaptada por

Danilo R. Silva e Sofia Correia

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E \_\_\_\_

T \_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo .....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro .....	1	2	3	4
3. Estou tenso .....	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado .....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade .....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado .....	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir à acontecer .	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito .....	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado .....	1	2	3	4
10. Estou descansado .....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante .....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso .....	1	2	3	4
13. Sinto-me inquieto .....	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso .....	1	2	3	4
15. Estou descontraindo .....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente .....	1	2	3	4
17. Estou preocupado .....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso .....	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável .....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem .....	1	2	3	4



## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### Instruções

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Assinale a resposta que melhor descrever a forma como se sente hoje.

<b>A</b>	0. Não me sinto triste.	
	1. Ando neura ou triste.	X
	2. Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.	
	3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.	
<b>B</b>	0. Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.	
	1. Sinto-me com medo do futuro.	
	2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.	
	2. Creio que não conseguirei resolver os meus problemas.	X
	3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	
<b>C</b>	0. Não tenho a sensação de ter fracassado.	
	1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.	
	2. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.	
	2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.	X
<b>D</b>	3. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).	
	0. Não me sinto descontente com nada em especial.	
	1. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.	
	1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.	X
<b>E</b>	2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.	
	3. Sinto-me descontente com tudo.	
	0. Não me sinto culpado de nada em particular.	
	1. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.	
	2. Sinto-me bastante culpado.	X
	2. Agora sinto, permanentemente, que sou mau ou que não tenho	

	qualquer valor.	
	3. Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada.	

<b>F</b>	0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.	
	1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.	
	2. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.	
	3. Sinto que mereço ser castigado.	
	3. Quero ser castigado.	X
<b>G</b>	0. Não me sinto descontente comigo.	
	1. Estou desiludido comigo mesmo.	X
	1. Não gosto de mim.	
	2. Estou bastante desgostoso comigo.	
	3. Odeio-me.	
<b>H</b>	0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.	X
	1. Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas e erros.	
	2. Culpo-me das minhas próprias faltas.	
	2. Acuso-me por tudo de mal que acontece.	
<b>I</b>	0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo.	X
	1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.	
	2. Sinto que seria melhor morrer.	
	2. Creio que seria melhor para a família se eu morresse.	
	2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.	
	3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	
<b>J</b>	0. Actualmente não choro mais do que o costume.	X
	1. Choro mais agora do que costumava.	
	2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.	
	3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo mesmo quando tenho vontade.	
<b>K</b>	0. Não ando agora mais irritado do que de costume.	
	1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.	X
	2. Sinto-me permanentemente irritado.	
	3. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente.	
<b>L</b>	0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.	
	1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.	
	2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.	X
	3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada.	



<b>M</b>	0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.	
	1. Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.	X
	2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.	
	3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	
<b>N</b>	0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.	X
	1. Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.	
	2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.	
	3. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.	
<b>O</b>	0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.	X
	1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.	
	1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava.	
	2. Tenho de dispendir de um grande esforço para fazer seja o que for.	
	3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	
<b>P</b>	0. Consigo dormir tão bem como dantes.	
	1. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.	
	2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.	
	3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais que cinco horas.	X
<b>Q</b>	0. Não me sinto mais cansado do que é habitual.	
	1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.	X
	2. Fico cansado quando faço seja o que for.	
	3. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.	
<b>R</b>	0. O meu apetite é o mesmo de sempre.	
	1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.	X
	2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.	
	3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.	
<b>S</b>	0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.	X
	1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso.	
	2. Perdi mais de 5 quilos de peso.	
	3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	



<b>T</b>	0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.	
	1. Sinto-me preocupado com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.	X
	2. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.	
	3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.	
<b>U</b>	0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.	
	1. Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.	
	2. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.	
	3. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	X

## **ANEXO IV – Histórias contadas por AD no TAT**

### **Cartão 1**

TL= 40'' Tt=1' 22''

“Era uma vez um menino que ia fazer uma prova no dia seguinte mas estava a pensar: Mas o que vou fazer na prova amanhã?

Está cheio de dor de cabeça, porque está com a mão na testa.”

### **Cartão 2**

TL=20'' Tt= 45''

“Uma menina que ia para a escola e deixava a família em casa trabalhando. Estava pensando se tinha todas as matérias no caderno.”

### **Cartão 3**

TL=20'' Tt=1' 2''

“Quando eu me levanto da cama e estou com dor no peito, fico debruçada sobre a cama ate a dor passar, depois me levanto.”

### **Cartão 4**

TL=15'' Tt=45''

“Um homem que esta tentando ignorar a mulher e ela está insistindo em se explicar e tentando voltar o homem de frente para ela.”

### **Cartão 5**

TL=10'' Tt=47''

“Era uma vez uma menina que gostava de estar dentro de casa, as vezes nem parecia que ela estava em casa. Então a mãe foi até a porta do seu quarto para ver se ela estava mesmo em casa.”

### **Cartão 6GF**

TL=9'' Tt=1' 7''

“Uma menina que se espantou ao ver o homem. Não estava prestando atenção na aula e o professor a surpreendeu.”

### **Cartão 7 GF**

TL=9'' Tt=39''

“Uma adolescente com uma criança ao colo. Adolescentes que fazem crianças e ficam privadas da sua liberdade. Ela não parece feliz.”

**Cartao 8 BM**

TL=15'' Tt=1'17''

“O Governo ou os políticos a massacrarem o povo e não podemos fazer nada.”

**Cartão 11**

TL=11' Tt=56''

“Lugar em Santo Antônio com cachoeira. Fui de férias para um lugar muito bonito, passei uma tarde relaxada.”

**Cartão 12 BG**

TL=15'' Tt=51''

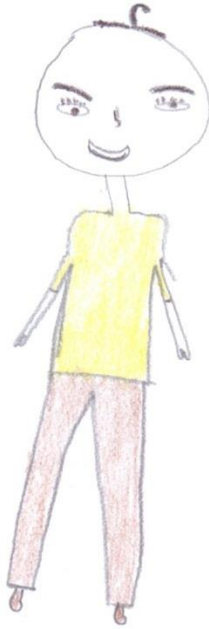
“Era uma vez um lugar calmo, sereno e verde, sombra bem fresca, estava sentada debaixo da árvore relaxada por tempo indeterminado. Ainda falta muitos cartões?”

**Cartão 16**

TL=15'' Tt=41''

“O branco simboliza a paz... Bandeira da paz. Estudantes a pedirem férias.”

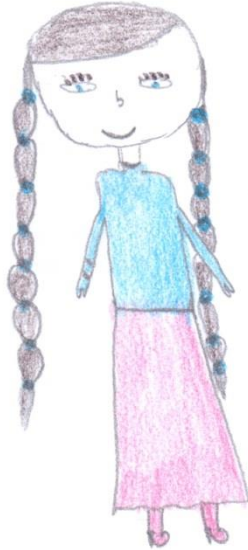
**ANEXO V - Desenho da Figura Humana de Goodenough de YD**  
**Homem**



**Mulher**



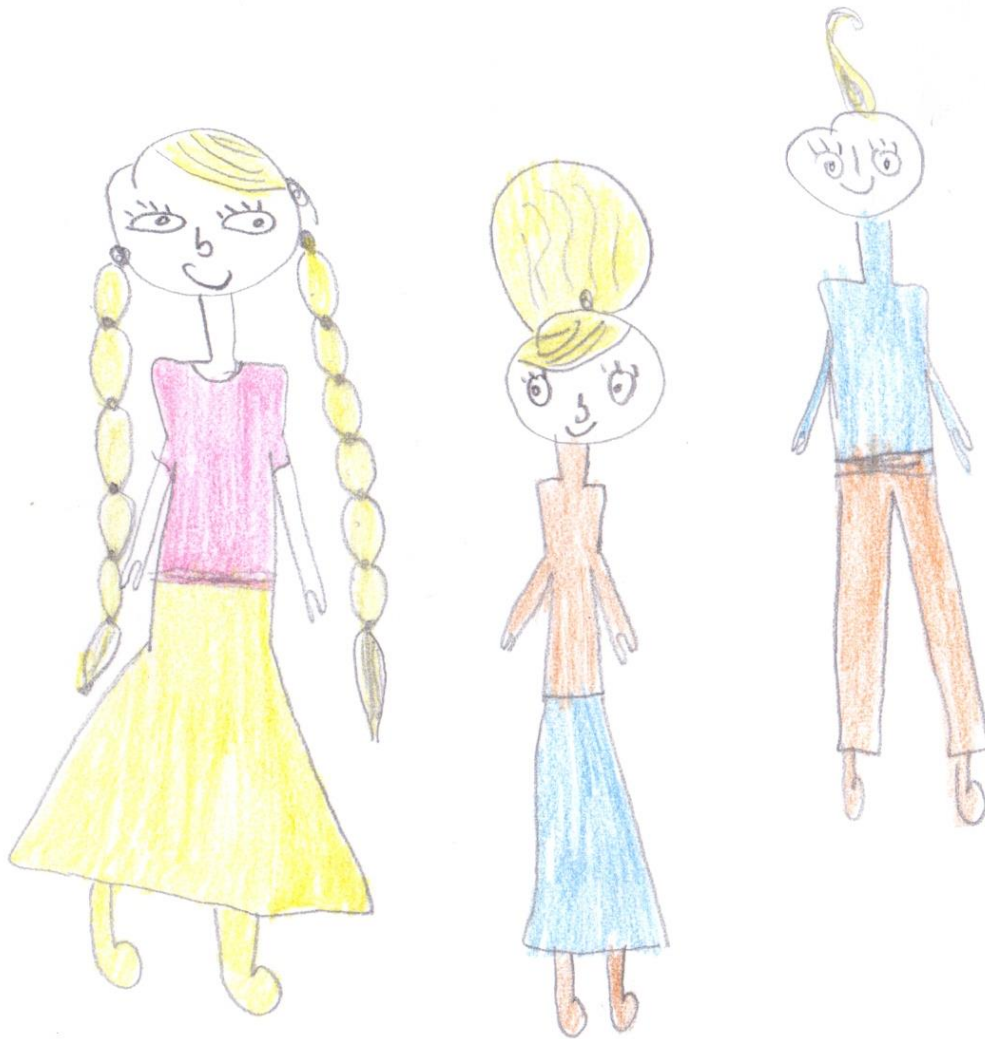
**Eu**



**ANEXO VI - Desenho da família real de YD**



**ANEXO VII - Desenho da família ideal de YD**





**ANEXO VIII - Desenho livre (Árvore)**

